



المعوقون حركياً وصحياً (١)



السنة الثانية: قسم التربية الخاصة

منشورات جامعة دمشق

كلية التربية

جامعة دمشق
كلية التربية
الدراسات والبحوث

المعوقون حركياً وصحياً / ١

تأليف

الدكتور

آذار عبد اللطيف

الدكتورة

دائية القدسي

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

١٤٣٨ - ١٤٣٩ هـ

٢٠١٦ - ٢٠١٧ م

جامعة دمشق

فهرس المحتويات

١٠-٩	.....	- مقدمة.
٣٨-١١	.....	- الفصل الأول: مراحل النمو الطبيعي للطفل في السنوات العمرية الأولى..
٥٦-٣٩	.....	- الفصل الثاني: الإعاقة الجسمية والصحية.....
٣٩	.....	أولاً: مفهوم الإعاقة الجسمية والصحية.....
٤١	.....	ثانياً: أسباب الإعاقة الجسمية والصحية.....
٤٧	.....	ثالثاً: نسب حدوث الإعاقة الجسمية والصحية.....
٤٨	.....	رابعاً: احتياجات المعوقين جسدياً وصحياً.....
٥٣	.....	خامساً: المشكلات الناجمة عن الإعاقة الجسمية والصحية..
١١٤-٥٧	.....	الفصل الثالث: تصنيفات الإعاقة الجسمية والصحية.....
٥٧	.....	أولاً: مشكلات مهمة في تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية.
	.....	ثانياً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن إصابة الجهاز
٦٠	.....	العصبي المركزي:
٦٠	.....	١- لمحة عامة عن الجهاز العصبي المركزي.....
٦٣	.....	٢- الشلل المخي / الدماغى/.....
٦٩	.....	٣- تشقق العمود الفقري.....
٧٢	.....	٤- إصابة الحبل الشوكى.....
٧٤	.....	٥- الصرع.....
٧٨	.....	٦- الاستسقاء الدماغى.....

٧٩ شلل الأطفال ٧-

٨٢ التصلب المضاعف للأنسجة العضوية..... ٨-

ثالثاً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن حدوث عاهات

٨٣ بالهيكل العظمي: ٨٣

٨٣ لمحة عامة عن الهيكل العظمي ١-

٨٧ بتر الأطراف وتشوهدا. ٢-

٨٩ الحنف (القدم المشوهة خلقياً) ٣-

٩٢ تصلب عظام الورك ٤-

٩٢ تشوّه مكونات العظام. ٥-

٩٣ الخلع الخلقي لمفصل الفخذ (خلع الورك)..... ٦-

٩٣ التهاب عظام المفاصل. ٧-

٩٤ التهاب المفاصل ٨-

٩٥ التهاب المفاصل الرثياني (الروماتيزمي)..... ٩-

٩٥ الشفة المشقوقة والشق الحلقي..... ١٠-

٩٦ الجنف (ميل العمود الفقري)..... ١١-

٩٧ الكساح (لين العظام)..... ١٢-

رابعاً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن أعطاب في

٩٧ العضلات: ٩٧

٩٧ لمحة عامة عن الجهاز العضلي..... ١-

٩٨ ضمور العضلات (أنواعها، أعراضها)..... ٢-

١٠٠	ضمور العضلات الشوكية.....	٣-
١٠٢	خامساً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن عوامل أخرى:	
١٠٢	الأطفال المقعدون.....	١-
١٠٣	عيوب عظمية شائعة.....	٢-
١٠٤	تشوه الوجه.....	٣-
١٠٤	الزقاص (الكوربا).....	٤-
١٠٥	الجدام.....	-
١٠٧	النشاط الزائد.....	٦-
١٠٩	الإصابات الصحية.....	٧-
١١٣	الأصابع الملتصقة أو الزائدة.....	٨-
١١٣	النقرس.....	٩-
١١٤	المصابون بالحوادث والحروب والكوارث الطبيعية...	١٠-

الفصل الرابع: التدخل المبكر ودوره في الوقاية من الإعاقات الجسمية والصحية:

١١٥	أولاً: مفهوم التدخل المبكر.....
١٢٠	ثانياً: الأسباب المبكرة للتدخل المبكر.....
١٢٤	ثالثاً: أهمية التدخل المبكر ودوره في الوقاية والعلاج...

الفصل الخامس: خطوات العلاج الطبيعي للمعوقين جسمياً وصحياً: ... ١٣٣-١٥٥

١٣٣	أولاً: تحديد الجوانب الأساسية للقياس في العلاج الطبيعي ..
١٣٤	ثانياً: تحديد الجوانب الأساسية للقياس في التأهيل المهني ..

ثالثاً: تحديد الجوانب الأساسية للمشكلات المصاحبة للإعاقات

الجسمية والصحية..... ١٣٥

المراجع العربية..... ١٥٧-١٦٠

المراجع الأجنبية..... ١٦١-١٦٤

مقدمة

واجه المعوقون خلال التاريخ نماذج عدة من التقبل والعزل وعدم التفاعل... وقد بينت أدبيات التربية الخاصة أن السمة العامة للتعامل مع المعوقين عبر العصور اتسمت بالقسوة واللاتقبل وكذلك خضوعهم للعديد من أساليب العذاب... اعتقاداً من المجتمع أن السبب الخفي وراء إعاقتهم الأرواح الشريرة التي تسكن أجسادهم. ولكي يعودوا إلى رشدهم وطبيعتهم البشرية لا بد من طردها من خلال التعذيب والضرب والحجز...

لقد فرضت الثورة الصناعية الحديثة (في القرن العشرين) على المجتمعات المتطورة، وكذلك فرضت النظريات التربوية والنفسية نفسها على النظرة الحديثة للإنسان. وقد طالت هذه النظرة الفرد المعوق كغيره كونه في نهاية المطاف فرداً في المجتمع له حقوق وعليه واجبات.

من أبرز العلماء الذين قادوا النظريات النفسية والتربوية الحديثة الذين كان لهم دور ما في وضع أسس حديثة للتعامل مع الأفراد العاديين وكذلك المعوقين لتبدأ بذلك دراسات تخصصية هادفة لتحديد متطلبات كل فئة اجتماعية بما يتناسب وقدراتها العامة والخاصة: كل من (جان جاك روسو - جون ديوي - جيلفورد - فرويد - واطسون - ألبرت آيسن وسواهم).

على الرغم من الدور الإيجابي لمدرس التربية الخاصة من جهة وللمدرس غرفة المصادر من جهة ثانية فيما يقدمونه من خدمات للأطفال المعوقين جسدياً 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 معرفة أساليب تدريسهم، وبذلك يتم تعزيز دور معلم التربية الخاصة.

لقد تناول الفصل الأول مراحل النمو الطبيعي التي يمر بها الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة كي يتجلى واضحاً لكل من الاختصاصي والمربي وكذلك أولياء الأمور، والفروق الواضحة بين العاديين والمعوقين نفسياً واجتماعياً وتربوياً وتعليمياً وتكيفياً...

جاء الفصل الثاني ليتناول نظرة عامة عن الإعاقات الجسمية والصحية من حيث المفهوم والأسباب والخصائص التي يَشْم بها أبناء هذه الشريحة. أما الفصل الثالث فقد أشار لأهم تصنيفات الإعاقة الجسمية وفقاً لطبيعة الإصابة وأسبابها والعوامل المؤدية للإصابة بها. مثل: الشلل المخي وتشقق العمود الفقري والنقرس والرقاص والجذام....

بينما تناول الفصل الرابع أهمية التدخل المبكر في حياة هذه الفئة الاجتماعية وكذلك دوره الجوهرى في الوقاية والحد من الإصابة وعدم تفاقمها. وتم في الفصل الخامس عرض لأهم خطوات العلاج والتأهيل الطبيعي والمهني للمعوقين جسدياً وصحياً.

أخيراً نرجو من الله العليّ القدير أن يسهم هذا المؤلف في ردم الهوة الموجودة بين النظرية والتطبيق في مجال الإعاقة سواء لدى طلبتنا الأعزاء أم لدى أولياء الأمور أو المتخصصين الممارسين لمهنة التربية الخاصة، وكذلك لدى القائمين على وضع الخطط الاستراتيجية للتعامل مع هذه الشريحة.

المؤلفان

د. أذار عبد اللطيف

د. دانية القدسي

الفصل الأول

مراحل النمو الطبيعي للطفل في السنوات العمرية الأولى

د. دانية القدسي

يُعرَّفُ النموُّ بأنه سلسلة متتابعة ومتماسكة من التغيرات تهدف إلى غاية واحدة ومحددة وهي اكتمال النضج ومدى استمراره وبدء انحداره. وتهدف دراسة النمو في جوهرها إلى الوصف الدقيق للسلوك وتفسيره والتنبؤ به. وذلك بهدف فهم الطفل ومقارنته بغيره حتى نتمكن من الحكم عليه من ناحية السواء وعدم السواء؛ ومن ثمَّ تشخيص مشكلات نموه الجسمي والنفسي.

تشتمل عملية النموَّ شيئين هما: الزيادة والتغير؛ فعند النظر إلى النمو على أنه زيادة فهي ناجمة عن عوامل النضج المحكومة بالوراثة؛ أمَّا التغير فهو ناتج عن عوامل الرعاية البيئية المحكومة بالتعلم. وبذلك فالنمو نتاج لعمليتي النضج والتعلم. والعلاقة بين النضج والتعلم علاقة تفاعلية لذلك من الصعب الفصل بينهما حيث التعلم لا يحدث دون أن يكون هناك نضج .

من هذا المنظور فالنمو عملية تتكامل فيها التغيرات الفيزيولوجية والجسدية مع التغيرات النفسية لتحسين قدرة الفرد في السيطرة على بيئته. وهذا يؤكد أهمية ودور البيئة في تحسين مجالات النمو كافة وعدم اقتصر النمو على الوراثة فقط ويدلُّ على أهمية التركيز على بيئة الطفل التي يعيش فيها .

الطفل كلُّ متكامل تتزايد قدراته باستمرار كلما حثَّ الخطى في طريق التعلم، فسلوك الفرد هو نتاج تفاعل قدرات الفرد وطاقاته الكامنة مع الخبرات الحياتية مما يؤدي إلى حدوث التعلم. وعندما نفهم الطبيعة الشمولية للطفل وندرك حاجاته المتنوعة والمتداخلة يتضح لنا أهمية تقديم الخدمات المتكاملة وبمشاركة عدة أطراف خاصة في عمر مبكر . (السيد، ١٩٩٧)

النمو لا يحدث بطريقة عشوائية ولا يحدث فجأة بل يتطور وفق نظام معين ووفق عملية واضحة المعالم وليست عشوائية؛ إذ إن عملية النمو هي تنظيم الحياة الإنسانية والإعداد المتكامل لجميع جوانبها.

إن نمو خاصية معينة أو مهارة محددة يتطلب توفر عامل النضج الذي يُمكن الطفل من القيام بهذه المهارة ثم تكريسها بالتدريب والتمرين والتعلم في الوقت المناسب وإلا لن تصل إلى الحد المطلوب بنهاية المرحلة العمرية المناسبة مع نموها الطبيعي. فعلى سبيل المثال: إذا كان الطفل المعوق جسمياً وصحياً يُعاني من مشكلات في المشي أو القبض الإرادي على الأشياء نتيجة معاناته من شلل دماغي فإن هذه الحالة تتطلب بالدرجة الأولى درجة من النضج العضلي مرافقاً بالتدريب الفعال حتى تصل قدراته لأقرب حد من الطبيعي. وللنمو مظهران رئيسيان هما:

١- النمو التكويني (Constitutional Development):

هو ما يحدث للفرد من زيادة في الطول والوزن وعدد الأسنان ودرجة الذكاء ونمو الأجهزة المختلفة وغيرها عبر مراحل النمو المتتابعة.

٢- النمو الوظيفي (Functional Development):

هو التغيرات المختلفة لوظائف الأجهزة والأعضاء المتعددة التي نمت عبر تلك المراحل. فالتغير في المظاهر الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والحركية وغيرها والتغير في الأجهزة الهضمية والتنفسية يلزمها تغيرات في الوظائف التي تقوم بها هذه الأجهزة (عوض، ١٩٩٩).

مثال : الزيادة في حجم الذراعين أو الأصابع هو " نمو تكويني ". أما القدرة على استخدام الذراعين والأصابع في أداء عمل كالكتابة أو الرسم أو استخدام الحاسوب فهو " نمو وظيفي ". فزيادة حجم الذراعين يصاحبها زيادة في كفاءتها الوظيفية.

أولاً: الفرق بين النمو والنضج والتطور.

إن النمو والنضج مرتبطان بقوة، وكلاهما موجه نحو غاية واحدة وهي الوصول إلى حالة البلوغ. ويبدأ التقدم لها منذ وقت خلق الجنين حتى وقت تحقيقها. حيث يعدّ النضج النتيجة الطبيعية للنمو، الذي يحدث لجميع الأجهزة الحيوية فتتمثل مظاهر نضج الهيكل العظمي في اكتمال تعظم عظام الهيكل العظمي. وينظر إلى النضج بشكل عام على أنه تغيرات كيفية تمكن الطفل من التقدم إلى المستويات العالية الوظيفية.

يتم النضج وفق مراحل محددة يمكن أن تتباين هذه المراحل بين الأفراد من حيث المعدل والسرعة، ولكنها لا تتباين من حيث تتابع وتوالي ظهور السمات المتعددة. والفرق الأساسي بين النمو والنضج يتمثل في أن النمو يركز على الحجم، بينما يركز النضج على درجة أو معدل التقدم نحو هذا الحجم.

أما مصطلحي النمو والتطور فغالباً ما يستخدمان كمرادفين دون التفريق بينهما، في الحياة اليومية إلا أن المراجع العلمية المتخصصة تميز بينهما، فلكل منهما مدلوله المميز حيث يسير كل من النمو والتطور معاً جنباً إلى جنب، غير أن معدل سير كل منهما قد يكون مختلفاً. فقد يكون هناك تطور واضح خلال بعض الفترات، مع نمو بطيء وزيادة طفيفة في حجم الجسم. وقد يكون هناك نمو سريع مع تطور بسيط وتخصص ضئيل في وظائف الأعضاء خلال فترات أخرى.

لا يسير النمو والتطور عموماً بسرعة منتظمة طوال الحياة، فهناك فترات نمو سريعة وأخرى بطيئة، كذلك هناك فترات تطور سريعة وأخرى بطيئة. ويرجع هذا إلى اختلاف طبيعة العوامل المؤثرة على كل فترة من فترات النمو والتطور، وكذلك إلى شدة ومدى تأثيرها عليهما (عبد الرحيم، ٢٠٠٠).

تهتم دراسة التطور بكل ما يحدث للفرد وكيفية حدوثه على مدى سنوات عمره منذ بدء خلقه جنيناً وحتى اكتمال نضجه وبلوغه وطوال حياته. والتطور يشير في

معناه العام إلى التغيرات التي تحدث للفرد على المستوى الوظيفي والسلوكي، وتؤدي هذه التغيرات إلى زيادة في قدرات الفرد وتحسن مستويات أدائه.

ويؤثر في نمو الطفل مجموعة من العوامل يمكن تصنيفها إلى عوامل وراثية، وعوامل بيئية، وعوامل بيولوجية :

١ - العوامل الوراثية :

الوراثة هي مجموع الخصائص والسمات التي تنتقل من الآباء والأجداد والأسلاف إلى الأبناء عن طريق الجينات. وقد أكدت الدراسات أن العوامل الوراثية تؤدي دوراً هاماً في نمو الفرد المستقبلي الجسمي والفيزيولوجي بشكل واضح، والوراثة لا تحدّد صفات الفرد فقط وإنما يتعدى دورها إلى تحديد الإمكانيات والقدرات، مثل القدرة على الإدراك والتفكير والتعلم. فالوراثة تحدّد خصائص الكائن الإنساني والسقف الأقصى الذي يمكن أن تصل إليه والبيئة تعمل على تنمية هذه الخصائص إلى أقصى ما تسمح به هذه الخصائص.

٢ - العوامل البيئية :

يبدأ تأثيرها في الفرد منذ لحظة الولادة بل قبل الولادة فأولى هذه البيئات البيئة الرحمية والبيئة الأسرية والمدرسية، يليها البيئة الطبيعية مثل الطقس والمناخ والموقع الجغرافي والتلوث والأمراض والازدحام والغذاء، والبيئة الاجتماعية وهي الخبرات والثقافة السائدة في المجتمع ، وكل هذه البيئات تؤثر في مسار نمو الطفل وتقرّر الحد الأقصى للنمو فهذه العوامل البيئية قد تساعد في تحقيق ذلك وقد تحول دون تحقيق ذلك.

قد تعدّدت الآراء وتباينت حول الدور النسبي لكل من البيئة والوراثة في النمو الإنساني بما فيه النمو العقلي. وكان السبب الرئيس وراء استمرارية جدل الوراثة مقابل البيئة صعوبة إجراء دراسات علمية على المستوى الإنساني للتحقق تجريبياً من دور كل من العاملين.

انبثقت أقوى الأدلة على أهمية البيئة من البحوث التجريبية حول دور الإثارة المبكرة للأطفال صغار السن في تحسين درجات ذكائهم ومن البحوث التجريبية المتعلقة بنتائج الحرمان من الإثارة على سلوك الحيوان. وبعد زمن طويل نسبياً من الجدل العلمي أصبح هناك إجماع على وجود تفاعل بين كل من الوراثة والبيئة . فكلاهما تؤدي دوراً ولكن الجدل حول وزن الدور الذي يلعبه كل منهما جدل لا طائل منه. فإذا كانت الوراثة تحدد القابليات أو مدى القدرات العقلية التي قد يبلغها الإنسان فإن البيئة هي التي تحدد درجة أو مستوى تحقق هذه القابليات فعلياً من خلال تعزيزها أو محوها (الخطيب، ٢٠٠٨).

ويطلق العلماء المعاصرون على هذا التفاعل والتكامل بين دور العوامل الوراثية والعوامل البيئية مصطلح، "Gene-Environment Interaction"، أي التفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية التي تحيط بالفرد.

٣- العوامل البيولوجية :

يقصد بها الوظائف التي تقوم بها الأجهزة الجسمية، وأهم هذه الأجهزة الجهاز العصبي والجهاز الغدي اللذين ينظمان عمل الجسد كله . الجهاز الغدي يؤدي دوراً رئيساً في تحديد النمو وسرعته ودرجته، حيث تفرز الغدد مركبات كيميائية خاصة يحتاجها الجسم لإتمام عملية النمو .

الجهاز العصبي: يتكون الجهاز العصبي من جزئين؛ الجهاز العصبي المركزي وهو مصدر الأوامر ويشمل الدماغ (الذي يتحكم في السلوك البشري) والحبل الشوكي (الذي يعتبر مركز بعض الانعكاسات العصبية للجسم). أما الجزء الثاني فهو الجهاز العصبي المحيطي وهو مصدر المستقبلات وينقسم إلى العصبي الجسدي (الذي يحمل الرسائل من المستقبلات الحسية وإليها وإلى العضلات، وسطح الجسم وهو مركز إدراك الألم وتغيرات الحرارة ويعمل على تنشيط الأعضاء والغدد والتحكم في العضلات والحركات)، والمستقل (الذي يهتم بتنظيم عمليات الجسد مثل العرق وضربات القلب والهضم والإخراج

ويؤدي دوراً كبيراً في انفعالات الإنسان. جهاز الغدد الصماء يشابه الجهاز العصبي بأنه ينقل المعلومات، مع أنهما يختلفان بآلية العمل. فجهاز الغدد الصم بطيء لكنه مطول حيث يستمر من بضع ساعات إلى أسابيع. لكن الجهاز العصبي فهو سريع لكنه قصير الأثر.

ولكي نتحدث عن أثر الإعاقة في نمو الطفل لا بد من معرفة مبادئ النمو الطبيعي لعملية النمو والتطور متشابهة لدى الأطفال من حيث إنها تمر بمراحل يمكن تحديدها والتنبؤ بها، وهي فريدة بمعنى أن معدل التقدم يختلف من طفل لآخر؛ وهذا ينطبق على المعوقين جسمياً، فالنمو لديهم يكاد يكون متشابهاً أكثر من كونه مختلفاً عن نمو الأشخاص العاديين.

وفي ضوء الدراسات العديدة لظاهرة النمو الإنساني فقد تمّ التوصل إلى مجموعة من المبادئ من أهمها :

(أ) - يسير النمو الإنساني وفقاً لنظام قابل للتنبؤ. فهناك مبدأ التدرج والاستمرارية أي إن تغيرات النمو هي سلسلة متصلة منذ الحمل حتى اكتمال النضج، ورغم اختلاف الأفراد في السرعة إلا أنهم يمرون بمراحل متدرجة معينة في ترتيب واحد. مثال : الطفل ينمو حركياً بخطوات متسلسلة : يحبو ويزحف ويقف ويمشي ويقفز ويجري وهكذا بالنسبة لباقي مظاهر النمو.

(ب) - النمو كيمي وكمي معاً: إن الكم والكيف في النمو مظهران لا يمكن فصلهما؛ فالطفل كما ينمو في أعضاء جسمه ينمو في الوظائف التي تقوم بها هذه الأعضاء.

(ج) - إيقاع النمو ليس مستوياً فهناك فترات نمو سريعة وفترات نمو بطيئة .
(د) - مبدأ التعقد والتداخل : النمو عملية متكاملة حيث يوجد ترابط بين مظاهر النمو المختلفة، فلا يتطور أي مجال بمعزل عن المجالات الأخرى . فجوانب النمو سواء أكانت اجتماعية أم انفعالية أم عقلية أم جسمية مترابطة ومتداخلة مع بعضها، ولا يمكننا عزل جانب عن آخر، فالنمو الاجتماعي مرتبط بالنمو الانفعالي، والنمو

الجسمي مرتبط بالنمو الانفعالي والحركي، والنمو العقلي يؤثر ويتأثر بجوانب النمو الأخرى.

(هـ)- إن لكل مرحلة من مراحل النمو خصائصها المميزة التي تميزها عن المراحل الأخرى، إلا أن كل مرحلة نمائية تعتمد على النمو السابق وتتحدد به، وبالتالي تقدم الأساس للنمو اللاحق. إن هذه المراحل معتمدة على بعضها بعضاً فما يحدث في مرحلة يؤثر ويتأثر بالمراحل الأخرى.

(و)- يمثل النمو الإنساني عملية تفاعلية بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها وليس الوراثة فقط. فالنمو نتيجة لعوامل الوراثة والبيئة معاً، فالوراثة تعطي الاستعداد والبيئة تعمل على تحويل هذا الاستعداد إلى واقع .

(ز)- الفروق الفردية: كل فرد ينمو وفقاً لمعايير ودرجة خاصة به سواء أكان ذلك في الذكاء أو السلوك الحركي أو السلوك الانفعالي، والصفات المختلفة تسير في نموها بسرعات مختلفة من طفل لآخر، وكذلك ينمو الجسم بسرعات مختلفة بين الأطفال. وتزداد الفروق الفردية من مرحلة نمو إلى أخرى، فبعد الميلاد مباشرة تكون الفروق الفردية طفيفة، ولكن هذه الفروق تزداد وضوحاً في مراحل النمو اللاحقة.

ولا يقتصر مفهوم الفروق الفردية على الفروق بين الأفراد (Interindividual Differences) ولكنه يشمل أيضاً الفروق في القدرات على مستوى الفرد الواحد (Intraindividual Differences). ويعد النوع الثاني من الفروق الفردية هو الأكثر أهمية في ميدان التربية الخاصة.

(ح)- ينمو الأفراد المختلفون بسرعات مختلفة ويعود ذلك إلى الاختلاف في الوراثة والبيئة.

(ط)- تتطور المهارات من الأداء العام غير المتخصص إلى الأداء المحدد المتخصص. أي يبدأ السلوك كلياً ثم تظهر التفصيلات بعد ذلك، فالطفل يمسك

الأشياء بيده كلها لكنه عندما يكبر يتميز سلوك المسك عنده فهو قد يمسك بإصبعين أو ثلاثة.

ثانياً: مرحلة الطفولة المبكرة وخصائصها

تحتل مرحلة الطفولة المبكرة وكذلك التربية المبكرة باهتمام بالغ خلال المرحلة الراهنة على كافة المستويات الدولية والإقليمية والمحلية وفي مختلف دول العالم في وقتنا الحالي. بل إن الصعيد الأعظم من الجهات والمؤسسات تعد التربية المبكرة حقاً من حقوق الطفل على أسرته ومجتمعه والمجتمع الدولي بشكل عام. كما تؤكد هذه الجهات على ضرورة توفير تربية مبكرة ذات جودة عالية لجميع الأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة في مختلف أنحاء العالم.

وتعرف مرحلة الطفولة Childhood Stage بأنها مرحلة من مراحل نمو الإنسان، تشمل حركة النمو في مختلف أبعاده في التكوين والنمو والنضج خلال اثنتي عشرة سنة تقريباً وتتميز بأربع مراحل جزئية هي: المرحلة الجنينية والمهد والطفولة المبكرة والمتأخرة .

وتعدّ الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الفرد فهي أساس تشكيل كثير من معلوماته ومعارفه واتجاهاته وقيمه ومبادئه، وبقدر ما يجده الطفل في تلك المرحلة من رعاية واهتمام من قبل القائمين على تربيته بقدر ما يحقق من نمو سليم في المراحل التي تلي تلك المرحلة كالمراهقة والرشد .

من المتفق عليه بين الصعيد الأعظم من علماء نفس الطفل وأساتذة الطفولة والتربية المعاصرين، وكذلك بين المتخصصين والخبراء ومختلف المنظمات الدولية المعنية بالطفولة ومن أهمها المجلس الدولي للتربية المبكرة (OMEP) ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (UNESCO) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) وغيرها، أن مرحلة الطفولة المبكرة تشير إلى الأطفال من الميلاد وحتى عمر ثماني سنوات وأن التربية خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، Early

Education Childhood تشير إلى كافة ما يقدم للأطفال من رعاية وتنشئة

وتعليم وتنمية خلال الفترة من الميلاد وحتى بلوغ ثمانية أعوام (كرم الدين، ٢٠٠٢) تتميز هذه المرحلة بأنها ترسي الدعائم الرئيسة لتطور ونمو شخصية الطفل، ودعائم الصحة النفسية التي يحملها الطفل معه إلى المراحل التالية. وتعد الفترة الحرجة Critical phase الوقت المحدد الذي يمكن أن تنمو فيه أنواع معينة من السلوك فإن لم تتوفر الفرصة لنمو تلك الأنواع من السلوك في الوقت المحدد لها فإنه يصعب في المستقبل تكوينها تكويناً طبيعياً حتى إذا توفرت الفرصة لذلك. فمثلاً تعد السنتان الأوليتان من حياة الطفل فترة نمو حرجة بالنسبة لتكوين العلاقات الاجتماعية للطفل بسبب العلاقة القوية بين الطفل وأمه فيها.

من المتفق عليه بين جميع أساتذة علم نفس الطفل والتحليل النفسي وعلماء النمو النفسي والتربية عامة أن أساس شخصية الطفل يتكون خلال السنوات القليلة الأولى من عمره، وأن ذلك يتم نتيجة للتفاعل والتكامل بين ما يولد الطفل مزوداً به من قدرات واستعدادات وبين ما يتعرض له خلال السنوات القليلة الأولى من عمره من معاملة وخبرات وخاصة من أسرته أو بديل الأسرة في حالات الضرورة. وبذلك فإن السنوات الست الأولى من حياة الفرد هي الأساس التكويني الذي يقوم عليه بناء الشخصية حيث تتحدد السمات الرئيسة للشخصية، لذا غالباً ما تكون خصائص نمو الطفل في هذه المرحلة التكوينية بمثابة منبئات عن الشخصية في المراحل العمرية التالية.

على الرغم أن للأطفال في كل مرحلة خصائص عامة فإن هناك فروقاً فردية كبيرة بين الأطفال في نفس الأعمار والمراحل وهي فروق ترجع لاختلاف معدل النمو أو الذكاء أو النوع أو غيرها من المتغيرات.

ويمكن تلخيص أهم خصائص مرحلة الطفولة المبكرة كما يلي :

١- تحتل هذه المرحلة العمرية موقعا رئيسا بالنسبة لنمو الطفل مقارنة

بمراحل النمو الأخرى.

٢- مرحلة الاستكشاف حيث يسعى الطفل لاكتشاف بيئته والتعرف عليها وما موقعه فيها وكيف يكون جزءاً منها.

٣- مرحلة مرنة يكون الطفل فيها في حالة من التشكل والتكون وبالتالي فهو قابل للتعديل والتغيير أكثر من أي مرحلة نمائية لاحقة . لذا يكون تعديل السلوك في هذه المرحلة أكثر يسراً وفاعلية من المراحل اللاحقة.

٤- مرحلة حساسة للتعلّم والاستيعاب الخبرات التي يتعرض لها الطفل، فالطفل يكون في حالة تهيؤ من داخله لاستقبال الخبرات. إنها المرحلة المثلى للتعلّم .

٥- يعدّ اللعب من الأمور المسيطرة على حياة الطفل ونشاطه في هذه المرحلة .

ويعود الفضل في ظهور وتطور برامج الطفولة المبكرة إلى إسهامات العديد من الفلاسفة والعلماء الأوائل نذكر منهم :

• **جان جاك روسو Jean Jacques Rousea :**

فيلسوف وكاتب سويسري نادى بأهمية المنهج الطبيعي في تربية وتعليم الأطفال، وأكد على أهمية الخبرات الطبيعية في تطوير قدراتهم. ويرى أن مرحلة الطفولة مرحلة فريدة ومميزة يتطور فيها الأطفال وفقاً لطبيعتهم، وأكد على أن المدارس يجب أن تؤسس وفقاً لاهتمامات الأطفال. وقد أثر روسو في أفكار مصلحين ومفكرين مثل فروبل وبستالوزي ومونتسوري.

• **فريدريك فروبل Friedrich Frobel :**

مرب ألماني أوجد فكرة روضة الأطفال حيث يعد مؤسس رياض الأطفال، وتعدّ هذه المرحلة الجسر الذي يصل بين المدرسة والبيت، ويعتبر اللعب الأداة التعليمية المناسبة للأطفال. وأكد على أهمية الأغاني التي ترددها الأمهات

أثناء أداء الأطفال للأنشطة لأنها تلتفت انتباههم وتعززهم. كما ميز بين التقليد الواعي للطفل في أداء المهمات وبين التقليد دون تفكير .

• **جوهان بستالوزي Johan Pestalozzi:**

مربي ومعلم سويسري اهتم بتربية وتعليم الطفل في الطفولة المبكرة، وهو يؤمن بأهمية التعليم من خلال الطبيعة وضرورة اتباع التسلسل الطبيعي النمائي للطفل، ويرى أن التعليم لا يحدث من خلال السلوكيات الاستكشافية والفطرية فقط وإنما يحتاج إلى توجيه الكبار وإرشادهم، وهناك ثلاث أفكار رئيسة تتضح فيها إسهامات بستالوزي في تربية وتعليم الطفولة المبكرة وهي:

- أكد على ضرورة إشراك الآباء في تعليم الأطفال واعتبر ذلك عنصراً أساسياً في التعليم.
- أكد على أهمية تعليم الطفل ككل متكامل.
- أكد على أهمية التعليم التبادلي الذي يشارك فيه الطلبة الكبار في تعليم الطلبة الصغار .

• **ماريا مونتيسوري Maria Montessori:**

سيدة إيطالية ذات إسهامات كبيرة وبارزة وواضحة في تربية وتعليم الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة. ناصرت فكرة تربية الطفل وفق ميوله وقامت بعمل إبداعي إجرائي لتنمية الطفل روحياً وفكرياً وحركياً عبر مجموعة أنشطة تلبي حاجاته وتنمي إمكانياته داخل مؤسسات متخصصة طبقاً لمواصفات وأهداف تعليمية معينة. وقد أكدت على التعليم من خلال الخبرات الحسية المباشرة فالتعليم الحسي عنصر هام في برنامج مونتيسوري التعليمي؛ حيث تعتقد أن الطفل يتعرف على العالم من حوله من خلال الحواس، لذا نجد أن منهج الركن الحسي في فصول المونتيسوري مزود بأدوات تساعد الطفل على تنمية وصل حواسه كذلك تساعده في دفع عملية التعلم والاكتشاف لديه.

كما أكدت على أهمية تجهيز البيئة وتنظيمها من قبل المعلم من حيث المقاعد والطاولات والمثيرات المتنوعة التي تشد انتباه الطفل، وركزت مونتيسوري على حرية الطفل في الاختيار بين الأنشطة المتنوعة، فهي تؤكد حرية الاختيار؛ حيث تؤمن فصول المونتيسوري حرية اختيار الأطفال للأدوات من خلال توفير أدوات متنوعة وجذابة تلائم ميولهم ويكتشف من خلالها الأطفال اهتماماتهم الشخصية. وخلافاً لنظريات التعليم التقليدية التي تقدم مناهج ثابتة للأطفال وكأن نموهم يحدث في خط طولي تصاعدي ثابت في جميع المجالات من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ. أسست (مونتيسوري) عملها على مصطلح "مستويات النمو". وهذا يعني أن التعلم والنمو لا يحدث منذ الولادة وحتى سن البلوغ بطريقة متناسقة ثابتة. وإنما يحدث في شكل موجات، ومع كل موجة يمكن للطفل بسهولة معرفة واكتساب بعض المهارات والقدرات إذا أعطيت له الفرصة والنشاط المناسب.

أهم مستوى من مستويات النمو المستوى الأول، وهو منذ الولادة حتى الست سنوات. وينقسم المستوى الأول إلى مرحلتين من سن الولادة حتى الثلاث سنوات، ومن سن الثلاث إلى ست سنوات. وأطلقت ماريا مونتيسوري على هذه المرحلة فترة "العقل الماص"؛ لأن الطفل يدرك ويتعلم من خلال امتصاص كل شيء حوله عن طريق حواسه وقدرته الفائقة على الملاحظة. حيث يمتص الطفل اللغة والسلوكيات والأخلاق وطريقة عمل العلاقات من حوله وطبيعة العلاقة بين الأشخاص أو الأشياء، كما يدرك خواص الأشياء وصفاتها من خلال رؤيتها، ولمسها، وسماعها، وتذوقها، وشمها. وكلما تعددت تجارب الطفل الحياتية في تلك المرحلة كلما نتج عنها عقل ثري واستيعاب أسرع وأسهل للمعلومات في المستقبل. (زريقات، ٢٠٠٩)

يستمر الأطفال في مرحلة "العقل الماص" من ٣-٦ سنوات، ولكنهم يكونون أكثر ميلاً نحو الامتصاص الواعي، فيدركون أن لديهم خيارات ويحاولون أن

يكونوا أصحاب رأي وقرار كما أنهم ينجذبون إلى الأنشطة التي تعطيهم شعوراً بالرضا وتحقيق الذات. وهذا هو السن المناسب لتقديم أنشطة تعليمية تلائم ميولهم وتراعي الاختلافات الفردية بين طفل وآخر .

كما أكدت منتسوري على أن التدخلات التربوية المبكرة مع الأطفال المعوقين ذات فعالية أكبر من التدخلات الطبية، كما أكدت على دور الأهل في نمو أطفالهم والتعرف على حاجاتهم وتهيئة بيئة البيت المناسبة لنموهم كما تطلب منهم أن يسود بينهم وبين الطفل جو الاحترام المتبادل والسلوك الإيجابي.

وعلى الرغم من إسهامات هؤلاء الفلاسفة وغيرهم، ومن إدراك التربويين أهمية هذه السنوات المبكرة بالنسبة للأطفال العاديين وخاصة بالنسبة للأطفال المعوقين إلا أن الاهتمام بها بالنسبة للمعوقين جاء متأخراً؛ فإن السنوات الأولى من العمر بالنسبة للمعوقين هي سنوات يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة، وعلى الرغم من ذلك فلم تحظ برامج التدخل المبكر بالاهتمام الكافي إلا منذ خمس وعشرين سنة فقط، فتعدّ التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة من العلوم حديثة العهد مقارنة بالعلوم الأخرى .(الخطيب، الحديدي، ٢٠٠٧)

هذا وتستند برامج الطفولة المبكرة إلى مجموعة من المبادئ هي :

١- مفهوم الطفل ككل متكامل : فمظاهر النمو متداخلة وليست معزولة عن بعضها بعضاً، وذلك يعني ضرورة الاهتمام بالنمو الكلي للطفل في برامج التدخل المبكر .

٢- التعامل مع اللعب بوصفه العمل الرئيس للأطفال، فاللعب مهنة الأطفال، فهو يسهم في تطوير كافة مجالات النمو الجسمي والعقلي والحركي والاجتماعي والانفعالي. وأكد علم النفس النمائي على أهمية اللعب في

تعليم الطفل واستخدام اللعب كوسيلة أساسية في تعليم الطفل في برامج رعاية الطفولة المبكرة .

٣- المشاركة النشطة والفعالة للوالدين في برامج الطفولة المبكرة، فالوالدان أول وأهم المعلمين لأطفالهم، ولذلك يجب دعم العلاقات بين أولياء الأمور والاختصاصيين .

٤- التعامل مع التباين والفروق الفردية بإيجابية فالأطفال يختلفون عن بعضهم بعضاً والتباين لابد من تقبله .

٥- تفريد التعليم بما أن الفروق الفردية بين الأطفال واضحة وملحوظة، فلا بد من تعديل أساليب التدريس والوسائل التعليمية والمنهاج وفقاً لخطة تربية فردية بناء على خصائص الطفل وحاجاته الفردية.

٦- توظيف مبادئ تعديل السلوك وأساليبه في تقوية السلوكيات المرغوب بها وفي خفض السلوكيات غير المرغوب بها وفي تشكيل السلوكيات المناسبة .

ثالثاً: مجالات وجوانب نمو الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة

اتفقت الجمعيات العلمية المتخصصة مثل "الرابطة الأمريكية لعلم النفس (APA) Association American Psychological"، و"الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية (The American Association on intellectual and Developmental Disabilities) على أن هناك سبعة مجالات للنمو يلزم التعرف عليها وتحديدتها وقياس مستوى معدل نمو الأطفال فيها خلال مرحلة الطفولة المبكرة، لأن أي تأخر في مجالين من هذه المجالات يجعل الطفل معرضاً لخطر الإعاقة، بما يستلزم تقديم البرامج التعويضية الملائمة له. والمجالات السبعة المقصودة والتي اتفقت عليها كافة الفئات والهيئات هي المجالات التالية :

- النمو البدني الحركي للطفل (نمو العضلات الكبيرة والعضلات الدقيقة)
Physical Development Gross and Fine Motor (Development)
- النمو العقلي والمعرفي للطفل Mental and Cognitive Development
- النمو اللغوي للطفل .Lagunage Development
- النمو الاجتماعي .Social Development
- مساعدة الذات .Self Help
- النمو الانفعالي .Emotional Development
- نمو الشخصية .Personality Development

(كرم الدين ٢٠٠٢)

تتميز كل مرحلة من مراحل النمو بأن لها متطلبات معينة تتناسب مع مستوى النمو الذي يصل إليه الطفل في كل مرحلة. ويؤدي تحقيق هذه المتطلبات في المرحلة المناسبة إلى نمو الطفل نمواً سوياً ومتزناً، ويؤدي عدم تحقيق هذه المتطلبات في المرحلة المناسبة من جانب آخر إلى صعوبة تحقيق المتطلبات الأخرى المرتبطة والتالية. ويعني تحقيق متطلبات النمو ضمناً تحقيق الطفل لحاجاته وإشباعه لرغباته وفقاً لمستويات نضجه وتطور خبراته التي تتناسب مع عمره.

والنمو عملية معقدة ومظاهره متداخلة مع بعضها بعضاً ولا يمكن عزل مظهر من مظاهر النمو عن مظاهر النمو الأخرى؛ فالنمو العقلي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو اللغوي، والنمو اللغوي يرتبط بالنمو الانفعالي والاجتماعي، والنمو الاجتماعي يرتبط بالنمو الحركي وهكذا. وهنا نتأكد النظرة إلى الإنسان على أنه يشكل كلاً

واحدًا، وأن عملية التجزئة إلى مظاهر متعددة ما هي إلا لغايات الدراسة فقط والبحث العلمي.

ويصعب أن نقرر إذا كان النمو طبيعياً أو غير طبيعي دون أن نكون على معرفة جيدة بما هو طبيعي. فتعريفنا للسواء (Normality) يعمل بمثابة القاعدة التي تتبثق منها أحكامنا حول وجود خصائص غير طبيعية أو خاصة. وفي الواقع ليس من السهولة تعريف المقصود بالطبيعي وغير الطبيعي فالسواء مفهوم نسبي ينقرر في ضوء جملة من المتغيرات مثل العمر والجنس والثقافة.

ولذلك فإن المعايير التي يتم استخدامها للتمييز بين ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي تتصف بالعمومية وتختلف من زمن إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر. ولعل ما يزيد هذا الأمر تعقيداً هو إن ثمة اتصالاً بين النمو الطبيعي والنمو غير الطبيعي؛ لأن الفروق بينهما هي فروق في الدرجة أكثر مما هي في النوع.

ويجب أن نعي أنه يوجد في الذخيرة السلوكية للإنسان غير الطبيعي كثير من المظاهر الطبيعية، وكذلك فإن الإنسان الطبيعي قد يظهر في أوقات وأوضاع معينة مظاهر غير طبيعية.

الأطفال ذوو الحاجات الخاصة غالباً لا ينمون ضمن معدل النمو المشار له في الخارطة النمائية Development Chart حيث تتأخر المهارات في تطورها وبشكل ملحوظ في واحد أو أكثر من مجالات النمو. ويستخدم مصطلح التأخر النمائي للإشارة إلى حالات متباينة من ضعف النمو في مرحلة الطفولة المبكرة على وجه الخصوص. ومن المعروف أن معدل النمو الإنساني يتباين تبايناً ملحوظاً. فبعض الأطفال يجلسون في الشهر الرابع وبعضهم في الشهر السادس

وآخرون في الشهر السابع. وبعضهم يمشي أو يتكلم مبكراً وبعضهم الآخر يفعل ذلك متأخراً.

مثل هذا التباين في النمو الطبيعي يفرض على الاختصاصيين توخي الحذر الشديد عند إبداء الرأي حول ما إذا كانت الحالة حالة تأخر أم تباين في النمو. وبوجه عام، يشترط الاختصاصيون وجود تأخر في أكثر من مجال من مجالات النمو لاعتبار الحالة حالة تأخر تستدعي التدخل.

ويقرر الاختصاصيون وجود أو عدم وجود تأخر نمائي Development Delay لدى طفل ما من خلال مقارنة نموه بنمو الأطفال من مجموعته العمرية. ولتحقيق ذلك، تستخدم سلالمة تقدير نمائية (Developmental Scales) تبين متوسط العمر الزمني الذي يظهر فيه الأطفال مظاهر نمائية معينة. فإذا كان الطفل مثلاً لا يمشي أو لا يتكلم في العمر الذي يمشي ويتكلم فيه معظم الأطفال من مجموعته الثقافية والعمرية فإن حالته تعتبر تأخراً نمائياً. وقد تكون حالة التأخر لديه إعاقة وذلك اعتماداً على مقدار التأخر الذي يقاس عادة باستخراج الانحراف المعياري عن الوسط أو نسبة التأخر في النمو. (الخطيب، ٢٠٠٨)

ويمكن توضيح المعالم الرئيسة للنمو في مختلف المجالات خلال مرحلة الطفولة المبكرة بشكل مختصر كما يلي:

- النمو البدني الحركي Motor Development:

يشير النمو البدني إلى الزيادة الطبيعية في الحجم الكلي للكائن الحي أو أحد أجزائه نتيجة الزيادة في عدد الخلايا بالتوالد أو الانقسام، والزيادة في حجم كل خلية على حدة نتيجة الزيادة في الوحدات الوظيفية داخل الخلية خاصة البروتين، والزيادة في كمية المواد الموجودة بين الخلايا. وتظهر هذه الزيادة بأوجهها الثلاثة على

شكل زيادة في حجم كل عضو من أعضاء الجسم نتيجة الزيادة في طوله وعرضه ومحيطه، وبالتالي زيادة في حجم الجسم بأكمله وكذلك الزيادة في وزنه.

وتجدر الإشارة إلى أن أحد مبادئ النمو الحركي الإنساني المهمة هو أن النمو الحركي الكبير يسبق النمو الحركي الدقيق، ولا شك أن لذلك مضامين واضحة على صعيد البرامج التدريبية. ويعتمد النمو الحركي الكبير على الاستجابات الحركية الأساسية التي تتطور لدى الأطفال العاديين في السنة الأولى من العمر ومنها التوازن والاستجابات الانعكاسية الأولية واستجابات النهوض والتحكم بالرأس والعنق. وتمنع بعض الإعاقات وخاصة ما يرتبط منها بإصابات الجهاز العصبي المركزي تطور هذه المهارات الأساسية تطوراً طبيعياً. وبما أن النمو الحركي الكبير الأكثر تطوراً يعتمد بالضرورة على المهارات الأساسية فلا بد أن تهتم البرامج التدريبية بتطوير هذه المهارات لدى الأطفال الذين يفتقرون إليها.

فالنمو الحركي يعني سيطرة الطفل التدريجية على العضلات الكبيرة ثم العضلات الصغيرة كلما تقدم بالعمر، حيث تتطور حركة الطفل تدريجياً من حركات عشوائية غير واضحة الهدف إلى حركات متسقة ومنظمة تشمل أجزاء مختلفة من الجسم، يطلق عليها المهارات الحركية. ويؤدي سيطرة الطفل على عضلاته الكبيرة إلى الجلوس والحبو والزحف والوقوف والمشي والركض، أما سيطرته على العضلات الدقيقة فتؤدي إلى القدرة على مسك الأشياء والكتابة واستعمال الأدوات وغيرها من الأعمال الدقيقة التي تتطلب المهارات.

- النمو اللغوي Language Development

يمر النمو اللغوي عند الأطفال بعدد من المراحل، ولكل مرحلة من هذه المراحل خصائصها المميزة. وتعد السنوات الست الأولى من عمر الطفل بمثابة المرحلة العمرية الأساسية التي تكتسب فيها المهارات اللغوية. فهذه المرحلة هي مرحلة الفترات الحرجة أو الحساسة بالنسبة للنمو اللغوي كما يعتقد علماء اللغة.

والاستعداد اللغوي يعني وصول الطفل إلى مرحلة يمكن فيها أن يفهم ما يقال له، وأن يعبر عما في نفسه من خواطر وأفكار عند سماعه أو رؤيته لشيء ما. وهذا الاستعداد اللغوي لا يتأتى إلى الطفل دفعة واحدة وفي مرحلة من المراحل، وإنما يتدرج فيه الطفل تدرجاً واضحاً منذ ولادته وحتى تطور مراحل حياته المختلفة التي يمر فيها.

تتطور لغة الأطفال تطوراً سريعاً خلال السنوات الأولى من أعمارهم. حيث يتقن الأطفال الكثير من المهارات اللغوية مع بلوغهم عمر (٥-٦ سنوات). وينطوي التطور اللغوي عند الطفل على مهارتي الاستقبال (الفهم) والتعبير (الإنتاج). علماً بأن مهارة الاستقبال تتضح قبل مهارة التعبير. وتتسم سرعة التطور اللغوي عند الأطفال بالتباين الشديد من طفل إلى آخر، فكثيراً ما يصل بعض الأطفال إلى عمر الثلاث سنوات ولا يزالون سوى بضعة كلمات محدودة، بينما تجد أن أبناء السنتين أو أقل بقليل يتحدثون بجمل واضحة ومفهومة إلى حد جيد. وكشفت دراسات عديدة عن أهم العوامل الفردية (كالجنس والذكاء) والعوامل البيئية (كالمستوى الاقتصادي / الاجتماعي لأسرة الطفل ونوع الخبرات والمثيرات التي يتعرض لها في حياته اليومية، وحجم التفاعل الاجتماعي داخل الأسرة وغيرها من العوامل والمتغيرات) التي تؤثر سلباً أو إيجاباً على معدل النمو اللغوي للطفل خلال مختلف المراحل وبشكل خاص مرحلة الطفولة المبكرة التي يكتسب خلالها الطفل القسم الأعظم من المفردات والمهارات اللغوية الأساسية.

ويمكن تقسيم مراحل تطور اللغة عند الطفل إلى مرحلتين هما: مرحلة ما قبل اللغة، والمرحلة اللغوية، وذلك على النحو التالي:

- مرحلة ما قبل اللغة Pre-linguistics Stage:

وتشمل السنة الأولى من العمر، وتقسّم إلى ثلاثة أشكال وهي البكاء والصراخ (Crying). حيث تعدّ الوسيلة الاتصالية الوحيدة غير المتعلمة التي يستطيع

الرضيع ممارستها، ثم السجع Cooing حيث ينطق مقاطع صوتية، ليست ذات معنى مثل: (دو، مو، كو، وو). أما المناغاة فيرى بعض العلماء أن المناغاة هي المادة الأولية التي تُبنى عليها لغة الطفل، ويمارس الرضيع هذه المهارة في فترة (٦-١٢) .

- المرحلة اللغوية :

تبدأ بمرحلة الكلمة Word Stage يتعلم الطفل كلماته الأولى في مرحلة (٨-١٨) شهراً من خلال تجميع صوتيين أحدهما ساكن والآخر متحرك . ثم مرحلة الكلمة-الجملة Holophrase Stage ، ويستخدم الأطفال في هذه المرحلة (من ١٨-٢٤ شهراً) كلمة واحدة لتدل على عدد من الأشياء أو الأحداث أو الظواهر المحيطة به. حيث يستخدم الطفل كلمة "ماما" ليعني بها: "ماما أعطني العصير" أو "ماما ضربي أخي". ثم مرحلة الجملة Sentence Stage حيث يبدأ الأطفال مع نهاية السنة الثانية بتطوير الجمل القصيرة والبسيطة التركيب، حيث يربطون كلمتين أو ثلاث كلمات أساسية لتكون جملة ذات معنى، ولكن دون مراعاة لقواعد اللغة أو حروف الجر والوصل وظرف الزمان مثل: (طارت طيارة، راح كلب، بابا راحت)...

مع منتصف السنة الثالثة تبدأ جمل الأطفال بزيادة عدد كلماتها، وتشمل الأسماء والأفعال والصفات والضمائر، مع مراعاة قواعد اللغة كالتذكير والتأنيث وحروف الجر وحروف العطف بدرجات متفاوتة من طفل إلى آخر. ومع دخول الطفل سنته الرابعة يصبح كثير الكلام، وكثير الأسئلة من أجل التعلم والاستطلاع لما يجري من حوله. وحينما يصل الطفل إلى سن ست سنوات تصبح لغته قريبة جداً من لغة الراشدين، ويبدأ الأطفال بالتقيد بقوانين اللغة، وتزداد حصيلته اللغوية من المفردات زيادة ملحوظة مع بداية دخوله المدرسة.

تعدّ هذه المرحلة من أسرع مراحل نمو الطفل لغوياً، ويصل المحصول اللغوي للطفل في نهاية هذه المرحلة - وهي سن السادسة- إلى ما يقرب من (٢٥٠٠) كلمة.

- النمو المعرفي : Cognitive Developmet

يشير النمو المعرفي إلى تطور القدرات العقلية والعمليات المعرفية الأساسية لدى الطفل، وتشتمل على الإدراك والانتباه والذكاء والذاكرة، وإن حدوث أي عيب في نمو هذه القدرات يسبب حدوث تأخر معرفي وتأخر في المجالات الأخرى من النمو. وتختلف العمليات المعرفية عن غيرها من المهارات بأنها غير قابلة للملاحظة وإنما يتم معرفتها من خلال ملاحظة سلوك الفرد.

يعتقد العديد من العلماء بأن مهارات النمو المعرفي تكتسب من خلال تفاعل المكونات العصبية التي تشمل الدماغ والجهاز العصبي، بالإضافة إلى التأثيرات البيئية. ويسير النمو المعرفي وفقاً لتسلسل نمائي طبيعي، والأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي معرفي Cognitive Developmet Delay يتبعون نفس التسلسل النمائي، إلا أن معدل نموهم لمهارات محددة يكون أبطأ مما هو معتاد وطبيعي.

وأكدت النظريات والدراسات الحديثة في هذا المجال على أن النمو العقلي والمعرفي للطفل يمرّ بعدد محدد من المراحل التي تختلف كل منها عن الأخرى في خصائصها النوعية، فقد دلت النظريات والدراسات على أن تفكير الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة وفلسفاتهم Philosophies وتصورهم للعالم والواقع من حولهم يختلف كيفياً Qualitatively عن تفكير البالغ وتصوراتهم. وبلغت هذه الاختلافات حداً جعل بعض علماء النمو العقلي للطفل مثل جان بياجيه Jean Piaget يفترض أن هناك ما يمكن أن نطلق عليه "العقلية الطفلية، Infantile Mentality". لهذه العقلية العديد من الخصائص والسمات والمحددات التي

تستوجب على كل من يتحمل مسؤولية تعليم الأطفال عند هذه الأعمار أو تثقيفهم أو الترفيه عنهم أن يتعرف على هذه الخصائص ويدرك أثارها على سلوكهم وقدرتهم على الفهم والاستيعاب. بالإضافة إلى ذلك يكون بالإمكان تقدير الصعوبات التي يواجهها الطفل في تعامله مع العالم والواقع والأشياء من حوله.

من أهم التطورات الحديثة في الدراسات والبحوث المتعلقة بالنمو العقلي للطفل وبشكل خاص من المنظور النمائي (لجان بياجيه) ما قام به بعض علماء نفس الطفل والتربية المعاصرين من وضع تصورات حول أهم المفاهيم والعمليات العقلية اللازم إكسابها للأطفال عند مختلف المراحل والأعمار، هذا بالإضافة للكم الهائل من البرامج التنموية التي صُممت وأُعدت وطُبقت اعتماداً على نظرية (جان بياجيه) بهدف إكساب الأطفال هذه المفاهيم والعمليات والإسراع من معدل نموهم العقلي. ومن التطورات الهامة التي حدثت في هذا المجال والتي طورها بارمان في عام ١٩٩٠ (Barman, 1990) وأطلق عليها دورة التعلم The Learning Cycle، والتي حدد فيها المراحل المختلفة اللازم المرور بها لإكساب الأطفال المفاهيم العقلية الأساسية أو بناء المفاهيم لديهم. وهي:

- مرحلة الاستطلاع، Exploration

- مرحلة إدخال المفاهيم، Concepts Introduction.

- مرحلة تطبيق المفاهيم، Concepts Application. (كرم الدين، ٢٠٠٢).

ومن الأنشطة التي تشجع تطور المهارات المعرفية لدى الطفل دون عمر السادسة ما يلي:

- توفير معلومات حسية ولموسة مع معلومات لفظية قليلة.
- تطوير المرونة والاستقلالية.
- تنمية اللغة ومهارات حل المشكلات.
- تصنيف الأشياء نفسها باستخدام طرق مختلفة.
- تشجيع المرونة في التفكير.

- تجنب الاتجاهات الناقدة.
- تجنب الطرق النمطية في تدريس المفاهيم. (زريقات، ٢٠٠٩)

Social –Emotional - النمو الاجتماعي - الانفعالي :Development

يقصد بالنمو الاجتماعي - الانفعالي للفرد خصائصه العاطفية وقيمه وميوله واتجاهاته وتكيفه وعلاقاته مع الآخرين ومهاراته الاجتماعية . وهذا المجال من مجالات النمو أحد العناصر المهمة التي تتضمنها البرامج التربوية الفردية. وتعدّ مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والقدرة على مشاركة الآخرين مهارات مهمة وضرورية لتكوين العلاقات الاجتماعية لدى الطفل منذ المراحل المبكرة في حياته . وتعدّ المهارات الاجتماعية التي يستطيع الفرد توظيفها بالطريقة الصحيحة في حياته أحد المؤشرات المهمة على الصحة النفسية، ويعد افتقار الطفل لمثل هذه المهارات عائقاً قوياً يحول دون إشباع حاجاته النفسية؛ لأنّ هذه المهارات هي التي تؤهل الطفل للاندماج والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين بصورة ايجابية . ويستجيب الأطفال الذين لا يعانون من إعاقات الى معظم الخبرات الاجتماعية، فالطفل الرضيع يمسك بالإصبع إذا وضع بين أصابعه أو راحة يده كما أنهم يستجيبون لرؤية وجه إنسان أو سماع صوته بالابتسامة أو الضحك للأشخاص في عمر الستة أشهر .

ويعتبر (هافجurst Havighurst) أول من اهتم بدراسة مفهوم مطالب النمو ، ويقصد بمطالب النمو الأمور التي يحتاج اليها الفرد حتى ينمو نمواً سليماً بحيث يصبح سعيداً وناجحاً في كل مرحلة من مراحل حياته. وتتأثر مطالب النمو بمظاهر النمو العضوي للفرد، وبمعايير الثقافة السائدة في المجتمع، وبمستوى طموح الأفراد. وتنمو هذه المطالب بالتدرج من حيث التعقيد والتطور من مرحلة إلى أخرى وأهم مطالب النمو (من الولادة حتى 6 سنوات) ما يلي :

- تعلّم الكلام والمشي والأكل .
 - تعلّم التحكم في عمليتي التبول والإخراج .
 - تكوين مفاهيم عن الحياة الاجتماعية والطبيعية .
 - استكشاف البيئة.
 - تعلم العلاقات التي تربطه بأبويه وإخوته والآخرين.
 - تعلم التمييز بين الصح والخطأ والخير والشر .
 - تكوين الضمير .
- وأهم مطالب نمو الطفولة من عمر 6 - 11 سنة ما يلي:
- التمكن من المهارات الحركية الضرورية.
 - نمو الثقة بالنفس وتقدير الذات .
 - تعلم المهارات الرئيسة في القراءة والكتابة والحساب .
 - تعلم التفاعل الاجتماعي مع الرفاق وتكوين الصداقات.
 - تعلم الفروق بين الجنسين . (سمارة وآخرون، ١٩٨٩)
- وتوجد مجموعة من الخصائص النمائية القابلة للملاحظة التي تجعل أولياء الأمور أو المعلمين وغيرهم من القائمين على رعاية الأطفال يشعرون بعدم الاطمئنان على صحة الأطفال ونموهم وقدراتهم وتسمى الإشارات التحذيرية Warning Signals . وفيما يلي عرض لبعض المؤشرات التي تستدعي من الوالدين استشارة الطبيب في وقت مبكر من أجل الحصول على المساعدة اللازمة .
- فإذا كان عمر الطفل سنة واحدة ولا يفعل الأشياء التالية :
- الزحف.
 - الوقوف مع الاستناد إلى شيء ثابت .
 - البحث عن أشياء قام الآخرون بإخفائها.

- الإشارة إلى الأشياء بالأصبع .
- نطق كلمات منفردة مثل "ماما" أو "دادا" .
- تعلم حركات من قبيل التلويح باليد عند الوداع أو هز الرأس .

أما إذا كان عمر الطفل ثمانية عشر شهراً ولا يفعل الأشياء التالية:

- الإشارة باليد لجعل الآخرين يرون الشيء الذي يشير إليه .
- المشي .
- معرفة طريقة استخدام الأشياء المألوفة .
- تقليد الآخرين .
- تعلم كلمات جديدة .
- نطق ست كلمات على الأقل .
- إظهار الانزعاج عندما يبتعد عنه الشخص الذي يعتني به
- وإظهار الاهتمام عند عودته .

وإذا كان عمر الطفل سنتين ولا يفعل الأشياء التالية:

- استخدام جمل مؤلفة من كلمتين مثل أشرب الحليب .
- معرفة وجه استخدام بعض الأشياء المألوفة مثل المشط أو
- الملعقة .
- تقليد الأفعال والكلمات .
- تنفيذ أوامر بسيطة .
- المشي على نحو ثابت مستقر .

وإذا كان عمر الطفل ثلاث إلى أربع سنوات ولا يفعل الأشياء التالية:

- يقع كثيراً أو يعاني مشكلة في صعود السلم أو هبوطه .
- لا ينطق الكلمات نطقاً واضحاً على الإطلاق .
- لا يستطيع اللعب بالألعاب بسيطة .
- غير قادر على الكلام باستخدام جمل كاملة .
- غير قادر على فهم الأوامر البسيطة .
- غير قادر على ممارسة ألعاب تعتمد على التظاهر والتخيّل .

- لا يرغب في اللعب بالألعاب مع الأطفال الآخرين .
- لا يتواصل مع الآخرين من خلال النظر .

كما يجب استشارة الطبيب إذا لاحظ الأهل أن الطفل يفقد مهارات كان قد تعلّمها من قبل. يمكن أن يكون هذا الأمر دليلاً على وجود مشكلة في نمو الطفل.

رابعاً: الحاجات النفسية الأساسية للأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة

من بين الجوانب المهمة للنمو النفسي للأطفال اللازم الاهتمام بها ومراعاتها عند التوجه للأطفال لرعايتهم وتنشئتهم وتعليمهم وتنميتهم، الحاجات النفسية الأساسية للأطفال في مختلف مراحل نموهم النفسي.

وقد قام علماء النمو النفسي بتحديد أهم الحاجات النفسية للأطفال خلال

مرحلة الطفولة المبكرة على النحو التالي :

١. الحاجة إلى الأمان.
٢. الحاجة إلى الحب والحنان والتواصل الوجداني.
٣. الحاجة إلى الانتماء والقبول الاجتماعي.
٤. الحاجة إلى احترام الذات وتقديرها.
٥. الحاجة إلى الاستطلاع والمعرفة والفهم.
٦. الحاجة إلى النجاح والإنجاز .

٧. الحاجة إلى اللعب والحركة.

٨. الحاجة إلى المرح والفكاهة. (كرم الدين، ٢٠٠٢)

ومن الجدير بالملاحظة أن من أهم الأدوار اللازم على الأسرة القيام بها هو السعي بكافة السبل والطرق والوسائل لتحقيق حاجات الأطفال عند مختلف المراحل وخاصة خلال مرحلة الطفولة المبكرة، ومن أهمها الحاجة للحب والحنان والاطمئنان والثقة اللازمة لتحقيق الارتباط المبكر السابق الإشارة إليه. ولذلك لا بد من الاهتمام بمواصفات البيئة التي يعيش فيها الطفل. حيث ثبت علمياً أن دماغ الطفل في السنوات الأولى من العمر يكون قابلاً بصورة كبيرة لزيادة عدد الوصلات العصبية فيه بعد أن كان يعتقد العلماء بأن خلايا الدماغ ثابتة ولا تتغير، ولذلك يعد العلماء هذه الفترة قمة الاستعداد للتعلم. ومن أهم مواصفات البيئة الداعمة للنمو أن تربط بين العاطفة والخبرات التعليمية، وأن تكون داعمة للطفل عاطفياً وأن توفر الغذاء الصحي المحتوي على البروتين والفيتامينات والمعادن والسعرات الحرارية الكافية. وتستثير جميع الحواس (وليس بالضرورة في نفس الوقت). تشجع تطوير المهارات جميعها العقلية والجسمية والفنية والاجتماعية والعاطفية. فالبيئة التربوية ليست بيئة محايدة، فهي إما بيئة محفزة وداعمة لنمو الوصلات العصبية أو أنها بيئة تؤدي إلى ضعف وجفاف هذه الوصلات.



الفصل الثاني

الإعاقة الجسمية والصحية

د. دانية القدسي

تصف أدبيات التربية الخاصة الإعاقة الجسمية الصحية بأنها الإعاقة الأكثر تبايناً واختلافاً بين أفرادها؛ لأنها تتجاوز كل فئات التربية الخاصة من حيث أسبابها، ودرجاتها، وأنماطها. فما هي الإعاقة الجسمية والصحية ؟ وما هي أسبابها؟ وما هي احتياجات ومشكلات الأفراد المعوقين حركياً؟ إن الفصل الحالي يهدف إلى الإجابة عن هذه الأسئلة.

أولاً- مفهوم الإعاقة الجسمية - الصحية وتعريفها :

معروف أن ثمة فروقاً فردية كبيرة بين الأفراد الذين يعانون من أي فئة من فئات الإعاقة، وهذه الفروق أكبر وأوضح ما تكون بين الأفراد الذين لديهم إعاقات جسمية. فمصطلح الإعاقة الجسمية Physical Disability يستخدم للإشارة إلى عدد كبير جداً من حالات الاضطراب العظمي والعقلي والعصبي والأمراض المزمنة التي قد لا يكون هناك قاسم مشترك بينها سوى إن كلاً منها وبطريقة خاصة يفرض قيوداً جسمية على الفرد . (الخطيب، 2008)

وهناك تباين يبلغ أحياناً مستوى الغموض على مستوى فئات الإعاقة الجسمية وتعريفاتها. فبالرغم من أن أدبيات التربية الخاصة الحديثة تصنف الإعاقات الجسمية إلى فئتين رئيسيتين هما الإعاقات العصبية والعظمية والاعتلالات الصحية فإن ذلك لا يجعل الإجماع في الرأي على الفئات والمصطلحات والتعريفات أمراً يسيراً . ولا ترجع الصعوبة فقط إلى تنوع أسباب الإعاقات الجسمية ودرجاتها أو إلى الأشكال العديدة من الإعاقات التي قد ترافقها، بل ترجع الصعوبة إلى وضع معايير موضوعية للتمييز بين الاعتلالات ومظاهر العجز والإعاقات

الجسمية الصحية. ولذا، فمن الصعوبة بمكان الحكم على مدى تباين تأثيرات الإعاقة الجسمية على الفرد من بيئة إلى أخرى. (المرجع السابق، ٢٠٠٨)

ولذلك يلاقي مفهوم الإعاقة الجسمية والصحية جدلاً واسعاً بين العلماء للتوصل إلى تحديد واضح ومحدد لمفهوم المعوق جسمياً. فالإعاقة الجسمية مصطلح عام يشمل حالات متعددة ومتنوعة ذات تأثيرات مختلفة في الأفراد، فالإصابات في الجهاز العصبي المركزي لا تكون بتأثير واحد في جميع الأفراد، كما أن الإصابة الواحدة لا تكون بدرجة واحدة بل بدرجات متفاوتة الشدة .

وبما أن المعوقين جسمياً فئة من فئات ذوي الإعاقة تشكل في مجموعها فئات غير متجانسة، فإنه من الصعب إيجاد تعريف واحد يغطي جميع الحالات تغطية دقيقة وشاملة.

ولكن أدبيات التربية الخاصة تشير إلى اتفاق الباحثين على تعريف المعوقين جسمياً وصحياً بأنهم فئة من الأفراد لديهم عائق يمنعهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية قياماً طبيعياً، ويقصد بالعائق أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي، أو تصيب الجهازين العصبي أو العضلي، أو تكون في شكل أمراض صحية مزمنة، الأمر الذي يستدعي احتياج هؤلاء الأفراد إلى خدمات طبية، وتربوية، ونفسية خاصة. كما يتفق الباحثون على أن الإعاقة الجسمية تعني الإصابة الجسدية التي لها صفة الدوام والتي تؤثر تأثيراً حيوياً في ممارسة الفرد لحياته الطبيعية.

كما ويعرف المعوق حركياً بأنه الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليتهما معاً في الأطراف السفلى والعليا أحياناً، أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية. (الهواملة، 2003).

ويجب أن نركز على أن المقصود من الإعاقة الجسمية والصحية ليس حالات الأمراض العارضة التي لا يترتب عنها عجز حقيقي في قدرة الفرد على أداء دوره الاجتماعي، ولكن المقصود بها الإصابة التي لها صفة الدوام والاستمرار والتي تؤثر تأثيراً حيوياً في ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيراً تاماً أم نسبياً.

ثانياً: أسباب الإعاقة الجسمية - الصحية

إن الطريق الأساسي للوقاية من الإعاقة هو الكشف عن أسباب حدوث الإعاقة. لذلك تحظى المسائل ذات العلاقة بالبحث عن أسباب الإعاقة والعوامل المؤدية إلى حدوثها باهتمام كبير من قبل الباحثين والمختصين ومتخذي القرار ممن يعملون في الجوانب الصحية أو الاجتماعية أو التربوية. إن الكشف عن أسباب الإعاقة بالغة الأهمية بالنسبة لإجراءات الوقاية والعلاج الطبي وإيجاد استراتيجيات التدخل الملائمة للتغلب عليها.

وهناك العديد من العوامل المسببة للإعاقة (Causal Factors) أو المهيئة لها (Contributing Factors) أو المساهمة في حدوثها (Precipitating Factors) ولم يتمكن الاختصاصيون من تحديد الأسباب بدقة إلا في نسبة قليلة من الحالات فقط.

وعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من أسباب الإعاقة لا تزال غير معروفة حتى الآن إلا أن هناك العديد من العوامل التي أصبحت معروفة ويمكن الوقاية منها. وإن نسبة كبيرة من الإعاقات الجسمية ما كانت لتحدث لو أن الإجراءات الوقائية الملائمة اتخذت في الوقت المناسب.

وإن الوقاية من الإعاقة لها عدة مستويات وليس بمستوى واحد. ولقد قامت منظمة الصحة العالمية بتصنيف مستويات الوقاية من الإعاقة إلى ثلاثة مستويات.

المستوى الأول هو الوقاية الأولية وتهدف إلى منع حدوث الاعتلال أو الضعف أو الإصابة لدى الأفراد، وذلك من خلال تنفيذ جملة من الإجراءات التي تعمل

على إزالة العوامل التي قد تؤدي إلى حدوث الإصابة بالاعتلال أو الضعف ومنها:

إجراءات ما قبل الزواج والحمل: وتشمل الابتعاد عن زواج الأقارب، وإنشاء مراكز للإرشاد الطبي والفحوصات الجينية، والتحصين ضد الأمراض باللقاحات، وإرشاد الوالدين إلى الابتعاد عن التدخين والكحول قبل وأثناء الحمل، والتأكيد على تباعد الولادات وعدم الإنجاب في سن مبكرة أو متأخرة .
إجراءات الوقاية أثناء الحمل : وأهم الإجراءات التي يمكن القيام بها أثناء الحمل :

تقديم الرعاية الطبية المبكرة والدورية لكل الأمهات أثناء الحمل، الامتناع عن تناول العقاقير دون استشارة الطبيب، عدم التعرض للأشعة السينية خاصة في الأسابيع الأولى من الحمل، الامتناع عن أخذ اللقاحات أثناء الحمل، عدم تناول المشروبات الكحولية، تناول الأم الحامل الغذاء الصحي المتكامل لنمو الجنين، إجراء الفحوصات أثناء الحمل.

أما المستوى الثاني من الوقاية فهو الوقاية الثانوية secondary prevention وتعني التعرف على حالات الضعف والاعتلال لمنع تطور وتفاقم الضعف إلى عجز وبالتالي خفض أعداد العاجزين في المجتمع. وذلك عن طريق الكشف المبكر والعلاج الفوري لحالات الاعتلال والضعف وأهم الإجراءات الوقائية في المستوى الثاني من الوقاية إجراء الفحوصات الطبية، والاختبارات المختلفة للكشف المبكر عن حالات الخلل والاعتلال عن طريق كشوف مسحية شاملة وتقديم الخدمات الطبية والعلاجية سواء الجراحية أو الدوائية أو الغذائية في أسرع وقت ممكن .

والمستوى الثالث من الوقاية يسمى الوقاية الثلاثية Tertiary prevention وتسعى الخدمات في هذا المستوى إلى محاولة التغلب على حالات العجز والحيلولة دون تطور العجز إلى إعاقة من خلال تقديم الخدمات المتنوعة

ومساعدة الفرد على استعادة القدرات الجسمية والعقلية وعدم حدوث المضاعفات والتقليل منها قدر الإمكان .

وأهم الإجراءات الوقائية من المستوى الثالث: تقديم الخدمات التربوية والتأهيلية والنفسية، تقديم الخدمات المساندة كالعلاج الطبيعي والنطقي والفيزيائي والترويحى، تقديم الخدمات الإرشادية والتدريبية لأسر الأطفال المعوقين، وتعديل اتجاهات أفراد المجتمع نحو الإعاقة.

وغالباً ما تصنف العوامل المسببة للإعاقة أو المرتبطة بها إلى نوعين أساسيين هما : العوامل العضوية أو البيولوجية (Biological Factors) والعوامل البيئية (Environmental Factors) .

بالنسبة للعوامل البيولوجية فقد تكون وراثية، أو أيضية، أو عصبية وغالباً ما يكون تحديدها أكثر سهولة من العوامل البيئية. أما العوامل البيئية فهي تشمل الحرمان الثقافي، أو الاجتماعي أو الاقتصادي، والعوامل البيئية السامة، وأنماط التنشئة الأسرية والمدرسية غير المناسبة، والعادات الغذائية غير السليمة، والمتغيرات السيكلوجية. وكثيراً ما تتفاعل العوامل البيولوجية مع العوامل البيئية في إحداث الإعاقة. (الخطيب، ٢٠٠٨)

كما تصنف أسباب الإعاقة تبعاً لموعد حدوثها في حياة الإنسان إلى ثلاث فئات رئيسية: هي العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة (Prenatal Factors) والعوامل المرتبطة بمرحلة الولادة (Perinatal Factors) والعوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة. (Postnatal Factors) .

١ - أسباب قبل الولادة :

تشمل أي اضطراب يحدث منذ لحظة الإخصاب إلى لحظة الولادة وتؤثر على الطفل قبل مولده وتنقسم إلى مجموعتين :

Genetic Factors: العوامل الوراثية *

تنتقل الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء عن طريق الجينات المحمولة على الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم مئات الجينات التي تحمل الصفات الوراثية أي التعليمات الكاملة لخلق الإنسان. ويبلغ عدد الكروموسومات في كل خلية من خلايا جسمنا ٤٦ كروموسوماً. وهي عبارة عن ٢٣ زوجاً، كل زوج منها عبارة عن كروموسومين متشابهين بشكل كبير (وقد نقول تجاوزا إنهما متطابقان)، واحد من هذه الكروموسومات من الأم والآخر من الأب. وهذه الجينات التي تنقل الصفات الوراثية تكون سائدة أو متنحية. فإذا كانت الصفة سائدة تكون قوية بمعنى تظهر بوجود عامل وراثي واحد من الأم أو الأب، أما إذا كانت الصفة متنحية فهي لا تظهر إلا بوجود عاملين وراثيين من الأم والأب. فقد يرث الطفل الإعاقة من والديه وأجداده عن طريق جينات سائدة، والتي تظهر في جميع الأجيال بنسبة ١:٣ بحسب قانون مندل في الوراثة. (عوض، ١٩٩٩)

وقد يرث الطفل الإعاقة عن طريق جينات متنحية (والمقصود بالجينات المتنحية هي التي لا تظهر على أي من الوالدين ولكنها حاملة لها وقادراً على توريثها). ويحتمل ظهورها في زواج الأقارب أكثر من زواج غير الأقارب.

• العوامل غير الجينية: Non - Genetic Factors

وتتضمن مجموعة من العوامل المكتسبة (البيئية) والتي تؤثر على الجنين، ولا تقل هذه العوامل في أثرها عن العوامل الجينية في إحداث الإعاقة، وأهم هذه العوامل ما يلي:

- ١- حدوث خلل أو اضطراب في انقسام الكروموسومات أثناء نموها وانقسام البويضة الملقحة ويسمى شذوذ الكروموسومات وهو عيب في عدد أو تركيب الكروموسومات.

٢- عدم توافق العامل الريزيبي بين الأم والجنين: هو نوع من البروتينات يوجد في خلايا الدم الحمراء. ويوجد هذا البروتين في ٨٥% من الأشخاص ويعرفون بأنهم موجبو العامل الريزيبي ولا يوجد هذا البروتين في ١٥% من الأشخاص الباقين ويعرفون بأنهم سالبو العامل الريزيبي . فإذا كانت الأم سالبة العامل الريزيبي والأب موجب العامل الريزيبي يكون الجنين في كثير من الحالات موجب العامل الريزيبي وبالتالي يوجد في خلايا دمه الحمراء البروتين الريزيبي. وعند ولادة هذا الجنين تتسرب بعض خلايا دمه إلى دم الأم بسبب انسلاخ المشيمة، فيحث البروتين الريزيبي في هذه الخلايا جسم الأم على تكوين أجسام مضادة له ولا تؤثر هذه الأجسام المضادة في المولود الأول ولكنها تبقى في جسم الأم إلى حين الحمل الثاني. ثم تنتقل من خلال المشيمة إلى الجنين وتعمل الأجسام المضادة على تحليل خلايا دمه الحمراء وإصابته بفقر دم شديد، لدرجة قد تسبب موته قبل ولادته أو بعدها إذا لم يستبدل دمه دماً يخلو من الأجسام المضادة. ويمكن تلافي حدوث أي خطر على المولود، إذا أعطيت الحامل حقنة من الأجسام المضادة للبروتين الريزيبي بعد ولادتها لطفلها الأول، فلا يكون جسمها الأجسام المضادة التي تشكل خطراً على الحمل التالي.

٣- تعرض الأم الحامل إلى الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية، أو إصابة الأم ببعض الأمراض مثل السكري أو تسمم الحمل.

٤- تعرض الأم للأشعة السينية. إن تعرض الأم الحامل للأشعة السينية المختلفة في المستشفيات والعيادات يؤدي إلى طفرات في المورثات، وإلى نقصان النمو داخل الرحم وخارجة، وإلى تشوهات خلقية تؤدي إلى إجهاض أو وفاة الجنين أو إصابته بتشوهات خلقية. وتعتمد شدة إصابة الجنين على عدة عوامل أهمها: كمية الأشعة التي تتعرض لها

الأم الحامل ومدة التعرض، مدة الحمل فالتعرض للأشعة في بداية الحمل أخطر من التعرض في نهايته.

٥- سوء تغذية الأم الحامل : وهذا لا يعني فقط نقص الأطعمة؛ وإنما يتضمن أيضاً عدم تناول كميات كافية من العناصر الغذائية اللازمة للجسم، والغذاء الذي يفتقر إلى العناصر الغذائية الضرورية، مما يؤدي إلى اضطرابات في تكوين الجنين تظهر أثارها على هيئة تشوهات أو أمراض أو عدم اكتمال نمو الجنين أو فقدان وظيفة من وظائفه الحيوية أو تدني مستوى كفاءتها.

٦- تناول الأم للأدوية قد يعرض الجنين إلى الإصابة بالتشوهات.

٢- أسباب أثناء الولادة : ومن أهم هذه الأسباب ما يلي :

- تعرض الجنين أو الطفل لنقص الأوكسجين قبل الولادة أو أثناءها .
- صعوبات الولادة مثل الولادة المقعدة .
- إصابة دماغ الطفل أثناء الولادة .
- استخدام العقاقير المخدرة أثناء عملية الولادة.
- الولادة المبكرة حيث إن عدم اكتمال مرحلة الحمل وانخفاض وزن الطفل عند الولادة يعّدان من العوامل المسؤولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية.
- الولادة المتأخرة.

٣- أسباب بعد الولادة : ومن هذه الأسباب :

- الظروف الأسرية المضطربة و الحرمان البيئي الشديد.
- سوء تغذية الطفل.
- تعرض الطفل للحوادث والإصابات.
- التسمم بالرصاص أو الزئبق أو غاز ثاني أكسيد الكربون.
- الاستخدام السيئ للعقاقير الطبية.

- سوء معاملة الأطفال.
- إصابة الطفل بالأمراض مثل الحميات، التهاب السحايا، والتهابات الأذن الوسطى المزمنة . إضافة إلى الأمراض المسببة للإعاقة الجسمية مثل أمراض العضلات والعظام والجهاز العصبي والتي سنتناولها تناولاً مفصلاً في الفصول اللاحقة.

ثالثاً - نسب حدوث الإعاقة الجسمية والصحية:

تشير نسبة حدوث الإعاقة الجسمية والصحية إلى عدد حالات الإعاقة الجديدة التي حدثت في فترة زمنية محددة. ولا شك أن تحديد أعداد الأشخاص المعوقين في المجتمع بدقة أمر بالغ الصعوبة، ويرجع ذلك إلى غموض التعريفات وتغيرها أو اختلافها، واختلاف العينات التي تشملها الدراسات المسحية، وافتقار نظم تصنيف الإعاقة إلى المصداقية، والاتجاهات السلبية نحو الإعاقة والخوف من الوصمة الاجتماعية. فتختلف نسبة حدوث الإعاقة الجسمية من مجتمع إلى آخر، وذلك بسبب المعايير المعتمدة لتحديد هذه النسبة.

لذلك فإن تقدير نسبة شيوع الإعاقات الجسمية والصحية أمر بالغ الصعوبة لأسباب متعددة منها تنوع التعريفات والمعايير المعتمدة ومنها حدوث حالات طارئة نتيجة الحروب، ولكن عموماً فهي تعد قليلة الحدوث وتقدر نسبة شيوعها بحوالي (٥ : ١٠٠٠) . وهذه النسبة تدل على أنها من فئات الإعاقة قليلة الانتشار مقارنة بنسب شيوع الإعاقات الأخرى. (الخطيب، ٢٠٠٨)

ولاشك بأن التطور الطبي والإجراءات الوقائية قد ساهم في الحد من انتشار هذه الإعاقات. ومع ذلك فإن التحسن في وسائل الكشف المبكر عن هذه الإعاقات بالإضافة إلى زيادة الوعي ونشر الثقافة الصحية في المجتمع لم يمنع من ازدياد

أعداد المعوقين جسمياً وصحياً في معظم البلدان. كما أن أدبيات التربية الخاصة تميز بين الإعاقة والعجز عموماً، ولكنها أكثر ما تكون حرصاً على التمييز بينهما عندما يتعلق الأمر بفئة الإعاقة الجسمية ولو كان الأمر خلاف ذلك لكانت نسبة شيوع الإعاقات الجسمية والصحية، أكثر بكثير من النسبة التي أُشير إليها. فالعجز الجسمي هو اضطراب عضوي يمكن قياسه بموضوعية، ومن الأمثلة عليه فقدان اليد أو الذراع أو الرجل أو شلل عضلات الكلام.

وأما مصطلح الإعاقة الجسمية فهو يشير إلى التأثيرات التراكمية للعجز وتتضمن الحواجز والعوائق النفسية والمادية التي تحول دون تمكن الشخص من تأدية وظائفه إلى الحد الأقصى الذي تسمح به قابليته. ولذا لا يعدّ العجز الجسمي إعاقة جسمية في كثير من الحالات. فبتر أحد الذراعين مثلاً هو عجز جسمي، ولكن الأطراف الاصطناعية قد تذلّل الصعوبات التي يواجهها، وفي هذه الحالة فإن العجز لا يتحول إلى إعاقة.

كما تختلف نسبة حدوث الإعاقة الجسمية باختلاف نوعها؛ حيث يعدّ الشلل الدماغي من أكثر أنواع الإعاقات الجسمية شيوعاً بين الأطفال، وتقدر نسبة انتشاره عالمياً بحوالي ٢-٤ / ١٠٠٠)، أما فالصرع فقد يحدث للإنسان في أي عمر، ولكنه أكثر ما يكون شيوعاً في مرحلة الطفولة. وتتراوح نسبة انتشاره حوالي ١ % من مجموع السكان، أما مرض لييج - كالف - بريتر - Legg - Calve - Perthe's فهو مرض يصيب عظمة الفخذ، ويصيب الأولاد أكثر من البنات ونسبة حدوثه قليلة لا تتجاوز حالة لكل ١٠٠٠٠٠٠ طفل، أما الصلب المشقوق فنسبة حدوثه حالة لكل ألف ولادة. (الخطيب، ٢٠٠٨)

رابعاً - احتياجات المعوقين جسمياً وصحياً.

الاحتياجات هي الرغبات التي يعبر عنها ذوو الاحتياجات الخاصة وأسرهـم والتي تساعدهم على التغلب على ما يواجههم من أزمات ومشكلات. وتؤدي الاحتياجات دوراً أساسياً في تحريك السلوك الإنساني، بل يرى البعض أنها القوة الأساسية له، وأن مفتاح السيطرة على السلوك وتوجيهه إنما تكمن في فهم الحاجات.

للإنسان عدد كبير من الاحتياجات، والمعوق جسمياً إنسان له احتياجات أساسية مثل العاديين؛ ولكن لديه احتياجات إضافية ناجمة عن ظروف إعاقته. ولقد حدد العالم (ماسلو) أحد رواد المدرسة الإنسانية في علم النفس، الاحتياجات الأساسية في هرم سمي " هرم الاحتياجات "، حيث يقع في أسفل الهرم الحاجات البيولوجية الجسمية، ويليه الحاجة للأمن، ويليه الحاجات الاجتماعية، ثم الحاجة للتقدير، هكذا حتى نصل إلى تحقيق الذات في قمة الهرم. وهذه الاحتياجات لا بد من أن تُشبع بتوازن، بمعنى أن نبدأ أولاً بالاحتياجات الأساسية، الأكل والشرب والسكن والملبس، ثم الأمان، والانتماء، ثم الحب، وهكذا .. وكل حاجة من هذه الحاجات تشبع وتأخذ حقها، ولا تطغى إحداها على الأخرى والفكرة المهمة التي ارتكز عليها العالم ماسلو في هذا الهرم أن هذه الحاجات لا تتحقق بمعزل عن بعضها بعضاً؛ فكل حاجة تتوقف على الحاجة التي قبلها وتتوثر في الحاجة التي بعدها كما أن إشباع هذه الحاجات يؤدي دوراً مهماً في تكوين وتشكيل البناء النفسي للطفل والمراهق والراشد وكذلك الكهل ولذا فإن إشباع حاجات الفرد من أهم الشروط التي تحقق التوافق النفسي .

لذلك فإن الاهتمام بحاجات الطفل المعوق جسمياً وكيفية تحقيقها وإشباعها شيء ضروري ومهم لكي ينمو نمواً متزاناً في جوانب شخصيته المختلفة الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية والروحية.

وسوف نتحدث مفصلاً عن احتياجات المعوق جسدياً وصحياً في فصول لاحقة
ولذلك سنشير بسرعة لأهم هذه الاحتياجات:

١-احتياجات طبية : نظراً لأن الإعاقة الجسدية طبية في المقام الأول فتعد
الاحتياجات الطبية من أهم الاحتياجات التي يجب تلبيتها وتتجلى في تقديم الرعاية
الطبية للمعوق لاستعادة أقصى ما يمكن من قدراته الصحية والبدنية وتشمل توفير
مايلي:

- الأدوية الطبية.
- العمليات الجراحية.
- العلاج الطبيعي.
- العلاج الوظيفي.
- الأجهزة التعويضية.
- الإرشاد الطبي.

٢-احتياجات بيئية : إن تعديل البيئة المحيطة بالمعوق جسدياً وتكييف البيئة
الطبيعية سواء في المنزل أو المدرسة أو المباني العامة والتجارية والترفيهية من أهم
الحاجات والمتطلبات اللازمة حتى يستطيع المعوق جسدياً أن يعيش حياته اليومية
ويستطيع التنقل الآمن والفعال، ولذلك فيجب إزالة الحواجز والعوائق وإجراء
مجموعة من التعديلات منها :

- أن تكون المساحات واسعة وخالية من العوائق لتتناسب أدوات الحركة والتنقل.
- أن لا تكون الأرضيات ملساء بحيث تؤدي للانزلاق.
- تعديل شكل المداخل والأبواب.
- تصميم منحدرات للأرصفت والسلالم.

٣-احتياجات تعليمية : من الحاجات الأساسية للمعوقين جسدياً التعلم الى أقصى
حد يمكن، وذلك من خلال توفير البدائل التربوية المتنوعة لهم، خاصة أن

الإعاقات الجسمية والصحية متفاوتة تفاوتاً كبيراً. وتشمل هذه البدائل التربوية التعليم في الفصل العادي والفصل الخاص والتعليم في المنزل والمشفى، إضافة إلى توفير أشكال متنوعة من الدعم لهؤلاء الطلاب مثل غرف المصادر والمعلم الاستشاري والمتجول .

٤- **احتياجات اقتصادية:** لا بدّ من توفير العمل للمعوقين جسدياً بعد تدريبهم وتأهيلهم، واختيار العمل المناسب والوظيفة المناسبة لهم على أساس التوافق بين متطلبات العمل والطاقة البدنية للفرد. والعمل على توافر التشريعات القانونية التي تلزم بتشغيل المعوقين بالأعمال المناسبة لإعاقاتهم.

٥- **احتياجات نفسية :** يجب تلبية الاحتياجات النفسية للمعوق جسدياً من خلال تقديم الخدمات النفسية المتنوعة لمساعدته على التكيف مع العالم المحيط به ومن أهم الحاجات النفسية للمعوقين جسدياً وصحياً الحاجة إلى التقبل الاجتماعي والعور بالأمن إضافة إلى الحاجة لتحقيق ذاته وتقبل إعاقته وخفض الضغوط النفسية التي يعاني منها والتي قد تؤثر سلباً في جوانب مختلف من حياته .

وعند الحديث عن الاحتياجات فلا بدّ من ذكر أن لأسرة المعوق جسدياً أيضاً احتياجات ناجمة عن الإعاقة. ولذلك فإنّ التعزف على أهم احتياجات الوالدين أمر مهم وأساسي لتقديم الخدمات المناسبة والدعم المناسب الذي يعينهما على تحقيق التكيف المنشود وتحقيق التوازن.

ويستخدم مصطلح احتياجات والدي الطفل المعوق للإشارة إلى تلك المطالب الأساسية اللازمة لمساعدة الوالدين على مواجهة متطلبات رعايته، مع تخفيف الجهد والعناء اللازم لذلك، ومحاولة الحفاظ على التوازن العضوي والنفسي لهم. (السرطاوي، الشخص، 1998).

ولا بدّ من العمل على تلبية احتياجات أمهات وآباء الأطفال المعوقين سواء الحاجات العامة الأساسية، أو الحاجات الخاصة، وكذلك تلبية حاجات الأسرة ككل. والتي تختلف من حيث طبيعتها ومداهها باختلاف بعض العوامل والمتغيرات، فقد تكون هذه الحاجات رغبات الأسرة المتعلقة بالخدمات اللازمة أو الأهداف المرجو تحقيقها، وقد تكون هذه الحاجات بمثابة أشياء مفقودة، ولكنها ضرورية أو مطلوبة لتحقيق هدف ما أو الوصول إلى غاية معينة بوجه عام ، وأهم هذه الحاجات :

١- **الحاجة إلى المعلومات:** إن الدعم المعلوماتي أو ما يسميه البعض بمساندة النصح والتوجيه المعرفي هو تزويد الفرد بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية أو من خلال إسداء النصح له، أو توجيهه وإرشاده. ويحتاج الوالدان إلى الحصول على المعلومات الكافية والصحيحة عن سبب الإعاقة الجسمية وطبيعتها، ومعرفة ما يجب أن يتوقعاه في المستقبل، وما يمكن القيام به لتدريب وتعليم الطفل بهدف مساعدته على النمو. ويحتاجان أيضاً إلى معلومات تتعلق بالبرامج المقدمة لطفليهما المعوق، حيث يجب على الاختصاصيين تزويد الآباء بمعلومات حول البرنامج الذي يشارك فيه الطفل، سواء من حيث أهدافه المنشودة، أو النشاطات المستخدمة فيه، أو التغيرات المتوقعة حدوثها للطفل نتيجة التحاقه بالبرنامج. كما أنه يجب تزويدهم بمعلومات حول المستوى النمائي للطفل وحول النتائج التقييمية وأيضاً شرح وتفسير هذه النتائج.

٢- **الحاجة إلى الدعم الاجتماعي:** تفقد المعلومات الشخص إلى الاعتقاد بأنه يحظى بعناية الآخرين ومحبتهم ، ويحظى بتقديرهم واحترامهم، وأنه جزء من شبكة علاقات تواصل والتزامات متبادلة، ويؤكد على أهمية المعلومات وتلبية الحاجة إلى العلاقات مع الآخرين كمصدر للدعم والتي تستمدّ من الأسرة والأصدقاء وذوي التخصصات المختلفة.

(الخطيب وآخرون، 2002)

تعد مجموعة الآباء Parents Group من أفضل مصادر الدعم لأسر الأطفال المعوقين . وتقوم مجموعة الآباء على مبدأ فهم وإدراك التجربة ذاتها، فهي تقوم على أساس التعامل مع آباء وأمهات لديهم المشكلات والصعوبات نفسها المرتبطة بوجود طفل معاق، وتبادل المعلومات الواقعية العملية معهم، ومعرفة الوسائل التي استخدمها الآباء المتطوعون للتعامل مع هذه الظروف الصعبة. فالمقارنة بأشخاص مروا بذات التجربة هو أساس المساندة الفعالة وأساس تقديم الدعم العاطفي والانفعالي لأنه يقوم على الاستعانة بآباء لديهم نفس التجربة والمعاناة.

ويعد دعم ومساندة الأقارب من الوسائل الأخرى لمساندة أسر الأطفال المعوقين، فالمساعدة التي تحصل عليها الأسرة من أعضاء العائلة تعد شكلاً مهماً من أشكال الدعم. ويعد الدعم الذي يقدمه الزوج من أهم ما تحتاجه الأم، فالدعم العاطفي من قبل الأزواج والعلاقة الزوجية القوية، تدعم الاتجاهات الإيجابية لدى الأم وتزيد من تقبلها للطفل. ولا شك أن المؤازرة والتضامن بين أفراد الأسرة ذاتها، خاصة على مستوى الأم والأب، يعد أكبر مصدر للدعم، ويزيد من قدرة الأسرة على التعايش مع الصعوبات التي تفرضها الإعاقة. (Singer,et.al, 1999)

خامساً- المشكلات الناجمة عن الإعاقة الجسمية والصحية:

إن الصعوبات والمشكلات التي تواجه المعوقين جسدياً وصحياً في حياتهم اليومية عديدة نظراً لكثرة العوائق التي تصادفهم سواء كانت عوائق هندسية أم مادية أم نفسية أم اجتماعية وغيرها.

ويجب الاهتمام والتركيز على تدليل جميع هذه العقبات؛ لأن مقياس حضارة الأمم

بما تقدمه من خدمات لهذه الفئات.

ويمكن تلخيص أهم المشكلات التي يعاني منها المعوقون جسدياً وصحياً:

١- **المشكلات الاجتماعية والنفسية:** تشير نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى أن المعوقين جسدياً يعانون من قصور واضح في الجانب الاجتماعي، ولا يمتلكون المهارات الاجتماعية المطلوبة إضافة إلى انخفاض مستوى تقديرهم لذاتهم مما يترتب عنه العديد من المشكلات الاجتماعية التي تتعلق بعلاقتهم مع المحيط الاجتماعي وظهور علامات سوء التكيف مع هذا المحيط، مما يؤثر سلباً على فاعلية أدائهم لدورهم الاجتماعي في المجتمع. ومن هذه المشكلات الشعور بالعزلة والانطواء، والشعور بالرفض للذات من جانب والشعور بالرفض من الأسرة والمجتمع والشعور بالعجز والنقص وعدم الشعور بالأمن.

٢- **المشكلات التعليمية :** تتنوع المشكلات التعليمية التي يواجهها الفرد المعوق جسدياً وصحياً وتبدأ من صعوبة الحركة والانتقال، وعدم توافر البدائل التربوية والوسائل التعليمية المناسبة، وعدم تهيئة البيئة وتعديلها بما يتناسب مع ظروف الإعاقة إضافة إلى الاتجاهات السلبية نحو المعوق من التلاميذ والمعلمين والمجتمع.

٣- **المشكلات الطبية:** ومن أهم هذه المشكلات الحاجة إلى الإشراف الطبي المستمر، وطول فترة العلاج الطبي لبعض الحالات، وارتفاع تكاليف العلاج، وعدم توافر مراكز علاج خاصة للمعوقين جسدياً، سواء العلاج الطبي أو الطبيعي أو الوظيفي، وعدم توافر الأخصائيين المعالجين .

٤-المشكلات الاقتصادية: تتسبب الإعاقة في الكثير من المشكلات الاقتصادية؛ فقد تمنع الإعاقة الجسدية الفرد من القدرة على العمل أو اضطراره لترك عمله أو تغييره بما يتناسب مع إعاقته، أو اضطرار أحد أفراد أسرته لترك عمله للمساعدة في رعاية الفرد المعوق، وينجم عن ذلك مشكلات اقتصادية قد تمنع الفرد المعوق من تلقي علاجه بسبب عدم توافر نفقات العلاج والأجهزة التعويضية اللازمة وبالتالي عدم تنفيذ الخطة العلاجية.

ولابد من الإشارة إلى أن احتياجات ومشكلات الأفراد المعوقين جسدياً تختلف باختلاف مجموعة من العوامل المتنوعة منها عمر الفرد ودرجة إعاقته وتطورها.

فالعمر الزمني للفرد من المتغيرات المؤثرة والمهمة، بحيث يعتبر عمر الفرد عند حدوث الإعاقة لديه أحد المتغيرات الهامة التي ينبغي مراعاتها لفهم التأثيرات السيكولوجية للإعاقة ومعرفة احتياجاته ومشكلاته فالشخص الذي يولد معوقاً لديه احتياجات ويواجه تحديات تختلف عن تلك التي يواجهها إنسان أصبح معوقاً بعد سنوات عديدة كان فيها طبيعياً.

أما متغير درجة الإعاقة فهو متغير مؤثر أيضاً في احتياجات ومشكلات المعوق جسدياً؛ فاحتياجات ومشكلات الفرد الذي يعاني من درجة إعاقة بسيطة بحيث يستطيع الفرد أداء الوظيفة الحركية وحده دون مساعدة أو باستخدام أجهزة مساعدة تختلف عن احتياجات ومشكلات الفرد الذي يعاني من إعاقة متوسطة والذي يحتاج إلى أجهزة تعويضية ومساعدة مستمرة، وتختلف أيضاً عن الحالات الشديدة والتي لا يستطيع الفرد أداء الوظيفة الحركية تماماً.

وبالنسبة لمدى تطور الإعاقة تسمى الإعاقات التي يتدهور فيها أداء الشخص بشكل مضطرب بالإعاقات المتدهورة أو الإعاقات المتزايدة تدريجياً في صعوبتها (Progressive Handicaps). فبعض حالات الإعاقة الجسمية مثل الحثل

العضلي أو الإعاقة تزداد سوءاً مع الأيام. وثمة حالات إعاقة أخرى يستقر فيها مستوى الضعف فلا يتزايد كما هو الحال مثلاً الشلل الدماغي. ويطلق على حالات الإعاقة هذه اسم الإعاقات المستقرة أو غير المتدهورة **Non - Progressive Handicap** وتكمن أهمية هذا المتغير (التدهور مقابل الثبات) في تأثيراته النفسية المحتملة. ومعظم نتائج الدراسات ذات العلاقة تدعم الافتراض القائل بأن للإعاقات المتدهورة تأثيرات نفسية أكبر على الإنسان من الإعاقات غير المتدهورة (الخطيب، ٢٠٠٨).

الفصل الثالث

تصنيفات الإعاقة الجسمية والصحية

د. آذار عبد اللطيف

تُعد الإعاقات الجسمية والصحية من الإعاقات الشائعة السيط في أي مجتمع من المجتمعات وإن تفاوتت النسب من حيث أسباب الإصابة أو ما تقدمه المجتمعات من خدمات لأبناء هذه الشريحة.

ولتحديد تلك الخدمات لا بدّ من الوقوف أولاً عند كل حالة من الحالات من حيث الأسباب والعوامل المسببة لها ومن حيث أهمية الوقاية. ولعلنا في هذا الفصل سنشير إلى العديد من الحقائق ذات الصلة المباشرة بهذه الشريحة الهامة من المعوقين .

أولاً: مشكلات هامة في تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية:

لعل المختصين في مجالي الطب والتربية الخاصة هم الأكثر معرفة بمدى التشعب والتنوع المرافق لمفهوم الإعاقات الجسمية والصحية (الإعاقات البدنية). وبالطبع هذا التصنيف والتشعب لا يشمل الإعاقات الأخرى أي الإعاقات الحسية والعقلية. وبالتالي يمكننا القول بأن الأفراد المعوقين جسدياً وصحياً هم أولئك الأفراد الذين لديهم عائق جسمي وحركي يمنعهم من القيام بواجباتهم بالسوية ذاتها التي يمارسها أقرانهم الأسوياء. " ويُقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تُصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الصحية " (سليمان، ١٩٩٧).

خلال المسيرة الطويلة وخاصة على الصعيد الطبي ظهرت جملة من المشكلات التي حالت دون وضع تصنيف مباشر للإعاقات الجسمية والصحية ولعل السبب العائد لذلك ينحصر بطبيعة الإصابة وما يترتب عليها من درجات وشدة. فعلى سبيل المثال: شاعت كثيراً مصطلحات تشير لفئات عامة من

الإصابات أو الإعاقات الجسمية والصحية كالأمرض التشنجية إلا أن التطور الطبي والتقني أدى إلى فرز هذا المصطلح إلى مصطلحات تتناسب مع طبيعة الإصابة وشدها.

ثمة من صنف الأطفال المصابين بالشلل المخي إلى فئات فرعية تبعاً لطبيعة الشلل وهي:

- الشلل المخي الكنعاني (Athetoid).
- الشلل المخي التخلجي (Ataxic).
- الشلل المخي التيبسي (Rigid).
- الشلل المخي الإرعاشي (Termor) (Bigge, 1995)

وفي تشخيص حالات الصرع (Epilepsy) وتصنيف فئاته على نوع النوبة الصرعية الكبرى (Grand Mal) أو النوبة الصرعية الصغرى (Petit Mal) أو النوبة الصرعية النفس حركية (Psychomo) لا تؤخذ العوامل المتعددة في الاعتبار، كما يتم تجاهل الكثير من المتغيرات الكامنة في مثل هذه الأنواع من الاضطرابات.

ومن المشكلات التي تواجه القدرة على تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية عدم القدرة على التعرف على كافة المتغيرات المرافقة للعجز الجسدي فالتعامل مع فرد ما (من حيث التشخيص أو التصنيف) على أنه يعاني من عجز عصبي فقط يعني تجاهلنا للعوامل الأخرى التي ينتج عنها إعاقة كما هو الحال مع مرض أو داء باركنسون. وغالباً ما يعتمد المختصون في علاج هذه الأمراض أو على نحو أدق في علاج هذه الأمراض الجسمية على متغير وحيد، الأمر الذي أدى بشكل أو بآخر إلى تعدد تعاريف الإعاقات الجسمية والصحية ولكن ضمن منحى ما يحدده هذا المتغير.

ومن الصعوبات التي تواجه تعريف الإعاقات الجسمية والصحية ولاسيما التي لها علاقة بالاضطرابات العصبية الشائعة السيط (كالصرع): عدم القدرة على توصيف وتشخيص الحالة. فاقصر الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين في مجال التربية الخاصة في ذلك على مظهر النوبة وضرورة ضبط النوبات والتحكم بها لا يكفي ولا يفي بالغرض (Best,2000).

وتعقياً على ذلك يمكن القول بأنه لا يمكن لأحد منا أن ينكر أن للنوبة الصرعية كعرضٍ دليلاً جوهرياً على الحالة، ولكن الاكتفاء بهذا المتغير (الدليل) دون المتغيرات الأخرى يعني أن تعريفنا للصرع سيكون تعريفاً مبتوراً وناقصاً. ويمكننا التعميم وفقاً لذلك لكافة التعاريف التي تحاول أن تُعرّف إعاقة ما من منظور متغير وحيد، وبالتالي من الأهمية بمكان أن يتسم التعريف بالشمولية كي يكون متكاملًا.

هذا ومن جهة ثانية فإن المتغيرات ذات الصلة بالظروف المعوقة الناتجة عن حالات الصرع لدى الأطفال والمراهقين والشباب والتي تنعكس أثارها بشكل ما في الصعوبات التي تواجه هؤلاء الأفراد في مواقف الحياة اليومية تتمثل ب:

- النوبات .
- عمر الفرد عند الإصابة.
- المظاهر الأخرى للقصور الجسدي.
- بعض المشكلات السيكولوجية.

وهذه الصعوبات هي التي تحدد درجة الإعاقة التي يتعايش معها مريض الصرع. فالطفل /مثلاً/ الذي يُصاب بنوبات صرعية خفيفة من مرة إلى مرتين بالشهر على أن النوبة لا تستمر أكثر من دقيقة لدقيقتين من جهة ويعود لوعيه خلال دقائق معدودة بعد انتهاء النوبة هو طفل يعاني من درجة بسيطة من حالة الصرع في حين أن الطفل الذي يُصاب بثلاثين نوبة صرعية وأكثر بالشهر ولا يعود لوعيه مباشرة أو خلال دقيقتين لثلاثة بعد النوبة الصرعية هو طفل يعاني من

حالة صرعية من درجة متقدمة؛ لأن ما يُرافق النوبة من قصور يؤثر على الجانب الشعوري والوعي، وبالتالي يمكن القول بأنه طفل عاجز عن القيام بالعمليات العقلية والمعرفية ويعاني من التثبط بالشعور ودرجة منخفضة من التفكير المعمق، Giltian, (2000).

هذا وتؤدي العوامل السيكولوجية دوراً بارزاً في إنتاج العوامل المعوقة أمام تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية. كما أن القلق الزائد الذي يرافق الفرد والخوف من الإصابة بالإعاقة قد يؤثر على قدرته في تلبية مطالب الحياة اليومية. ونظر البعض إلى الإعاقات الجسمية والصحية بأنها تلك الإعاقات التي تتصل بالعجز أي بعجز بعض أعضاء الجسم من القيام بالوظيفة المنوطة بها بشكل سليم، سواء أكانت تلك الحالة من العجز متصلة بالحركة المتعلقة بالأطراف أو المفاصل أو تلك المتعلقة بعملية الحياة البيولوجية للقلب أو للرئتين وما شابه ذلك. (Warnok, 2007)

مما تقدّم يرى المؤلف أن ثمة مشكلات حالت (في البداية أمام الاهتمام بتصنيف الإعاقات الجسمية والصحية لاسيما من الجانب الطبي) دون القدرة على وضع تصنيف عام للإعاقات التي قد يواجهها الفرد إلا أنه وبفضل التقدم العلمي بات من الأهمية بمكان العمل على وضع تصنيف لتلك الإعاقات وبما يتناسب مع طبيعة الإعاقة وشدها. ومثل هذا الأمر يُساعد الأسرة والأخصائيين والأطباء في وضع التصور المناسب للعلاج الذي من الضروري أن تخضع له الحالة.

ثانياً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي

١ - لمحة عامة عن الجهاز العصبي المركزي

يتكون الجهاز العصبي المركزي من قسمين أساسيين هما:

• **النخاع الشوكي (Spinal Card):** هو أول أجزاء الجهاز العصبي في التكوين عند الفقاريات، ويمتد داخل السلسلة الفقرية التي تبدأ من الفقرة العنقية الأولى وتنتهي عند الفقرة العصبية الأخيرة. ويُعتبر النخاع العصبي ممراً كبيراً للسيالات العصبية الصاعدة والهابطة. وللنخاع الشوكي وظيفتان تتمثل الوظيفة الأولى: بأنه محطة لتوصيل السيالات العصبية من الأعصاب الحسية إلى المخ (السيالات الحسية الواردة) ومن المخ إلى العضلات والغدد (السيالات العصبية الصادرة). أما الوظيفة الثانية للنخاع الشوكي فتتمثل: بأنه الوسيط الذي تتم عن طريقه الأفعال المنعكسة. ولهذا تبين للعلماء أن النخاع الشوكي هو أول أجزاء الجهاز العصبي التي تعمل عند الكائنات الحية برمتها. (كفاي ١٩٩٠).

• **الدماغ (The Brain) :** يتكون الدماغ من ثلاثة أجزاء:

- **المخ (Cerebrun) :** يشمل المخ على نصفين كرويين يشكلان الجزء الأعظم منه، ثم الأعصاب الدماغية. وتنمو قشرة المخ بمعدل واضح السرعة؛ ولكن بما يتناسب مع حجم الجمجمة وحدودها. هذا وترجع أهمية النصفين الكرويين إلى أنهما يوحدان بين خلايا مراكز الحس والحركة اللاإراديتين. أما بالنسبة للأعصاب المخية فهي عبارة عن مجموعة من الأعصاب التي توجد داخل الجمجمة ويبلغ عددها اثنا عشر زوجاً من الأعصاب ترتبط باثني عشر مركزاً في الجمجمة وبأعصاب الحس والحركة من ناحية أخرى. ولهذه الأعصاب أدوار تتناسب والوظيفة المنوطة بها؛ فبعضها حسي وبعضها الآخر منها حركي والقسم الأخير منها أعصاب حسية - حركية. والهدف الأساسي من التكامل بين تلك الأعصاب بأنواعها الثلاثة ربط الكائن الحي بالبيئة الخارجية المحيطة به.

- **المخ الأوسط (Mid Brain)** : يعتبر المخ الأوسط حلقة الوصل بين النخاع الشوكي والمخ، وهو لا يرتبط بين المخ والنخاع الشوكي من الناحية المكانية فقط بل يرتبطان معاً من الناحية التطورية أيضاً. فالمخ الأوسط يتشكل في المرحلة الثانية من مرحلة النمو بعد النخاع الشوكي وقبل مكونات المخ الأخرى. ويتكون المخ الأوسط من: النخاع المستطيل (Medulla Oblongata)، قنطرة فارول (Perol)، المخ الأوسط (Mid Brain)، الثلاموس (Thalamus) ومهمة هذه الأجهزة الوصل بين عمل النخاع المستطيل والنصفين الكرويين بالترتيب نفسه.

- **المخيخ (Cerebellum)**: هو الجزء المسؤول عن إحداث التآزر الحركي للكائن. ويقع المخيخ خلف المخ الأوسط ويؤدي دوراً أساسياً في التحكم بالعضلات الهيكلية وبالمحافظة على توازن الجسم من ناحية أخرى. (سليمان، ١٩٩٧)

ومما تجدر الإشارة إليه أنه ومهما كانت الأسباب المؤدية إلى إصابات الجهاز العصبي المركزي فإن ثمة إعاقة ما سيعاني منها الفرد ويتوقف مدى صعوبتها وشدتها على درجة إصابة الجهاز العصبي المركزي. وقد أشار كل من (هالاهان وكوفمان، Hallanhan, Kauffman) إلى تعدد الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي بحيث تشمل الالتهابات الشوكية، والنشوهات الخلقية، والكدمات الناتجة عن الحوادث. (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

ومع ذلك فمن الصعوبة بمكان التعرف على السبب الحقيقي للإصابة على الرغم من أن آثار الإصابة تبدو واضحة وذات تأثير مباشر على المهارات الحركية للجسم والأطراف .

٢ = الشلل المخي/الدماغي/ (Cerebral Palsy)

أطلق المختصون مصطلح الشلل المخي أو الدماغي للدلالة على الإعاقات العصبية الناجمة عن إصابة المخ والتي تحول دون قدرة الدماغ على القيام بواجباته الطبيعية. وغالباً ما تحدث الإصابة في مرحلة عمرية مبكرة من حياة الطفل وخاصة خلال الفترة التي يكون فيها نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة غير مكتمل. ويلاحظ من تبعات تلك الإصابة بروز تشنجات عضلية أو توتر عضلي أو أوضاع جسمية مرافقة لتشوهات في الأطراف. (سليمان، ١٩٩٧)

والنظرة الحديثة للشلل المخي تنظر إليه انطلاقاً من كونه مجموعة من الاضطرابات التي تؤدي إلى عدم وجود تناسق بين المهارات الحركية لدى الفرد لذلك يلاحظ حركة بطيئة للعضلات أو العكس تماماً (Bigge, 1995).

ويجب أن تحدث الإصابة لدى الطفل قبل الولادة أو أثناءها أو خلال المرحلة العمرية الأولى بعد الولادة كنتيجة لأسباب عدة، كتعرض الأم للأشعة السينية أو لنقص الأوكسجين أو لارتفاع في درجة الحرارة.... كي يصنف الطفل من بين المصابين بالشلل المخي (الدماغي) (الشخص، وهبة، ١٩٩٥).

ولكن هناك حالات شلل مخي تنجم عن إصابة النخاع الشوكي السنجابي (Poliomyelitis) بالتهاب، أو شلل الأطراف الناجم عن التلف العضلي (عبد الرحيم، ١٩٩٠).

سما تقدم يمكن أن نعرف الشلل المخي/الدماغي/: بأنه تلك الحالة التي تنجم عن إصابة المخ باضطراب ما أثناء فترة الحمل (كتسمم الأم) أو أثناء الولادة (مثل نقص الأوكسجين) أو خلال الأشهر الثلاثة الأولى (مثل ارتفاع درجة حرارة الطفل أو التهاب السحايا)، وتؤدي هذه الإصابة إلى تلف في بعض خلايا المخ والتي ينجم عنها عطب واضح في أداء الأعصاب والعضلات لدورها الأساسي. ومن الأهمية بمكان أن نؤكد أن هذا النوع من الشلل لا ينجم عن عوامل وراثية باستثناء بعض الحالات كما أنه ليس مرضاً معدياً.

٢-١ - أسباب الشلل المخي (الدماغي)

كما أشرنا خلال تعريفنا لمصطلح الشلل المخي فإن الإصابة تحدث نتيجة

ثلاثة عوامل هي:

أسباب الإصابة خلال فترة الحمل:

حددت الدراسات والأبحاث الطبية جملة من الأسباب التي تؤدي للإصابة

بالشلل المخي خلال فترة الحمل أهمها:

- (أ) - إصابة الأم الحامل بداء السكر .
- (ب) - إصابة الأم الحامل بأمراض معينة كالحصبة الألمانية، والزهري...
- (ج) - عدم التوافق بين دم الأم والجنين وهذا ما يُعرف بعدم التوافق في العامل الريزي (R H) .
- (د) - سوء الوضع الصحي للأم وخاصة الناجم عن سوء التغذية مما يؤدي إلى نقص وزنه مع احتمال إصابة جهازه العصبي والحركي.
- (هـ) - الحمل المتكرر ولا سيما المتلاحق.
- (و) - عمر الأم أثناء فترة الحمل إذ إن حالات الحمل التي تحدث في عمر متقدم تزيد من احتمالات الإصابة.
- (ز) - تعرض الأم الحامل للمواد الكيماوية السامة وكذلك تعرضها للأشعة السينية وتناول الأدوية دون استشارة الطبيب.
- (ح) - يُعتبر التدخين من أكثر العوامل المؤذية لنمو الجنين خلال الحمل.

أسباب الإصابة أثناء الولادة:

من أهم تلك الأسباب:

- (أ) - عسر الولادة: لعسر الولادة أسباب عدة منها خوف الأم من عملية الولادة، تموضع الطفل بطريقة لا تساعد على الولادة ...
- (ب) - الولادة المبكرة: وهي الولادة التي تحدث قبل دخول الأم بالشهر التاسع أي تحدث الولادة لسبب ما خلال الشهر الثامن، مما يستدعي وضع الطفل في

الحاضنة ضماناً لسلامته العامة، ولكن الدراسات أكدت أن هذه الولادة تعتبر مسؤولة عن حوالي ثلث حالات الشلل المخي.

(ج) - الولادة المتكررة: تسبب حالات الولادة المتكررة ضعفاً عاماً في جسم الأم الذي يحول دون النمو السليم للأجنة، كما أن الأم من جهة ثانية لا تغدو قادرة على منح طفلها ما يحتاجه ليقاوم الأمراض.

(د) - نقص الأوكسجين أثناء الولادة أو ما قبلها، والتي تحدث لأسباب كثيرة منها تعطل الجهاز التنفسي للطفل عن العمل أثناء الولادة، أو بسبب اضطراب وصول الأوكسجين من الأم إلى الجنين.

ونظراً إلى أن سيطرة المخ على الحركة لا تتم إلا بعد نمو الطفل فقد يصعب تقدير مدى تأثير إصابة المخ على السلوك الحركي إلا في مرحلة الطفولة المبكرة.

أسباب الإصابات في فترة ما بعد الولادة:

من أهم تلك الأسباب:

(أ) - تعرض الطفل للحوادث أو إصابات الرأس أو الأورام أو الأمراض السرطانية أو الخبيثة.

(ب) - تعرض الطفل للتسمم بسبب المواد الكيماوية أو لاستنشاقه الغازات السامة.

(ج) - الأضرار التي تصيب الجهاز العصبي المركزي خلال الأشهر الأولى بعد الولادة، (Giltian, 2000).

٢-٢ - مظاهر الشلل المخي (الدماغي)

تتأثر الوظائف الحركية للمصابين بالشلل المخي فيبدو عليهم ضعف القدرة على الحركة أو السيطرة والتحكم بالجسم. ومن أهم مظاهر الإصابة بالشلل المخي:

(أ) - الشلل الجزئي في جميع الأطراف أو في بعضها.

(ب)- صعوبة قدرة المريض على السيطرة على حركاته الإرادية بسبب معاناته من اضطراب في التوافق الحركي، وخاصة في طرفيه السفليين ويضيف بعضهم الجذع.

(ج)- وجود إعاقة أخرى مرافقة للشلل المخي كالإعاقة العقلية.

(د)- من حالات الشلل المخي الإصابة بالشلل الرباعي، وغالباً ما يعاني أفرادها من مشكلات في التغذية نتيجة قلة إتقان عمليات التوافق أو التأخر ما بين عمليات المصن والبلع.

(هـ): ضعف قدرة معظم المصابين بالشلل المخي على متابعة تحصيلهم التعليمي نتيجة ظهور مشكلات تعليمية تتعلق بالتركيز والانتباه والاضطراب، إن لم نقل غياب التأخر الحسي الحركي، وكذلك اضطراب الإدراك البصري والسمعي. (سليمان، ١٩٩٧، القذافي، ١٩٩٣).

٢-٣- تصنيفات الشلل المخي:

للشلل المخي (الدماغي) أنواع مختلفة لكل منها أعراض تميزها عن غيرها. وتم تصنيفها وفقاً لقاعدتين تمثلت الأولى بنمط الإصابة وطبيعتها، أما الثانية فقد تمثلت بالطرف أو الأطراف المصابة. وسنتناول الآن هذه التصنيفات بشيء من التفصيل.

أولاً: تصنيفات الشلل المخي وفقاً لنمط الإصابة وطبيعتها

يشتمل هذا النمط ستة /٦/ أنواع فرعية هي:

١- الشلل التشنجي: نمط من الشلل يشتمل على عضلي متزايد مع طرف ثابت غالباً ما يظهر على شكل حركات تقلصية. والسبب الكامن وراء الإصابة هو إصابة العصب الحركي. وتصل نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل إلى ٥٠٪/ من حالات الشلل المخي. هذا وتحدث معظم حالات الإصابة بسبب الولادة المبكرة، وتعزى إلى التلف الذي يحدث في مركز الحركة بالقشرة

الدماغية الأمر الذي يؤدي في بعض الحالات إلى إصابة الحاسة السمعية أو البصرية أو أجهزة النطق والكلام. وحركياً يلاحظ مبالغة في استجابة الأطراف للحركة وكذلك تشنجها وزيادة في التوتر العضلي على نحو متكرر وغير إرادي مما يتسبب بتصلبها وتيبسها.

مثال توضيحي: ولد الطفل (سامر) بعملية قسرية نتيجة تعرض الأم لحادث سير وهي بالشهر الثامن من الحمل. ووفق الوصف الطبي فقد عانى من نقص أوكسجين وبقي في الحاضنة لمدة / ٣٥ يوماً/. وبعد المتابعة تبين للطبيب أن الطفل /سامر/ البالغ من العمر / ٣ / أشهر يعاني من حالة الشلل التشنجي أي يعاني من تصلب في الطرفين العلوي والسفلي من الجهة اليمنى وعندما يحاول أحد ما تحريكها يُصابان بالتشنج والتيبس. ومن الناحية الطبية يؤدي ذلك مع مرور الزمن إلى عدم قدرة المصاب على توظيف هذين الطرفين وبالتالي سيضعفان وينقبضان.

٢- الشلل التخبطي (الإلتواني): أشار بيتر (Petter,2000) إلى أن موقع الإصابة بالشلل التخبطي تتمركز في جذع الدماغ. ونسبة هذا النوع من الشلل بالنسبة للشلل المخي تشكل / ٢٥ % /. ويعاني المصاب هنا من حركات لا إرادية وغير منتظمة؛ حيث يرتفع مستوى التوتر العضلي عند استجابة المريض لمثيرات مختلفة، وذلك على شكل حركات تخبطية غير هادفة وراقصة. (William Schwartz,2001)

وبين (الخطيب، ١٩٩٢) أن هذه الحركات يرافقها بالعادة عدم القدرة على ضبط الفم، وبالتالي سيلان اللعاب يكون واضحاً، وهناك كذلك صعوبات واضحة في النطق والكلام وتعابير في الوجه ليست معتادة، ويلاحظ أيضاً انبساط في أصابع اليد وانحناء الرأس إلى الخلف.

٣- الشلل التخليجي (اللاتوازني): تتمركز الإصابة في هذا النمط من الشلل بالمخيخ. المخيخ ذلك الجزء الدماغية الهام والمسؤول عن التوازن حيث تؤدي

إصابة المخيخ إلى تعطيل وظيفة حفظ التوازن، لذلك نجد الفرد المصاب يترنح باستمرار، مما يجعله يسقط على الأرض سقوطاً متكرراً وذلك بسبب المشي غير متوازن.

٤- وتتميز هذه الإصابة بانخفاض مستوى التوتر العضلي وعدم قدرة المصاب على التحكم بالجسم أثناء المشي، مما يضطر المصاب إلى محاولة حفظ توازنه . ونسبة شيوع هذا النوع من الشلل المخي تصل إلى (٣٠%). (William Schwartz, 2001)

٥- الشلل التيبسي: الإصابة بالشلل التيبسي يُعدُّ من الحالات النادرة، وغالباً ما يُرافقها إعاقة أخرى كالتخلف العقلي. وهذا النوع من الشلل من أكثر حالات الشلل المخي شدة وحدة وصعوبة؛ حيث يلاحظ أنَّ جسم المصاب يغدو في حالة تصلُّب وتشنُّج وتوتر دائم؛ مما يحول دون حركته بسهولة أثناء التنقل، وتتصف هذه الإصابة بانعدام الحركات الإرادية.

٦- الشلل الارتعاشي: ما يُميز هذا النوع من الشلل المخي أنه نادر الحدوث، ويتميز من جهة ثانية بارتعاش أطراف المصاب وتحريكها على نحو لا إرادي وخاصة عند محاولته استعمالها. وغالباً ما يكون الارتعاش قاصراً على مجموعة معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة ويكون لا إرادياً. ومع ذلك قد يكون الارتعاش لدى بعض الحالات شديداً أو خفيفاً وقد يكون سريعاً أو بطيئاً.

٧- الشلل الاسترخائي (الخائر): يشير هذا النوع من الشلل المخي إلى الأداء الوظيفي المترهل للعضلات حيث يصبح التنسيق الحركي من الأمور الصعبة بل والمستحيلة (عبد الرحيم، ١٩٩٠).

ثانياً: تصنيفات الشلل المخي وفقاً للطرف أو الأطراف المصابة

يندرج تحت هذه التصنيفات ٦/ أنواع فرعية هي:

- الشلل الأحادي: في هذه الحالة يتعرض طرف واحد من الجسم للإصابة وهو من الأنواع النادرة الحدوث.
- الشلل النصفي الجانبي: في هذه الحالة يتأثر جانب واحد من الجسم بالإصابة. أي يُصاب الذراع والساق فقط ومن طرف واحد.
- الشلل الثلاثي: في هذه الحالة تتعرض الساقان وأحد الذراعين للإصابة.
- الشلل النصفي السفلي: في هذه الحالة تحدث الإصابة في الساقين فقط.
- الشلل الكلي السفلي: في هذه الحالة تتمركز الإصابة في الأطراف الأربعة إلا أن شدة الإصابة وحدتها تتمركز بالساقين أكثر من الذراعين.
- الشلل الرباعي: في هذه الحالة تؤثر الإصابة على الأطراف الأربعة. ومع ذلك تكون الإصابة بأحد جانبي الجسم أشد من الجانب الآخر. وتتركز الإصابة هنا في الرقبة والجذع (سليمان، ١٩٩٧).

٣- تشقق العمود الفقري

يتكون العمود الفقري من مجموعة من الفقرات التي بينها غضاريف إسطوانية الشكل سُميت بـ "الـ" ديسك، Disc " ويتألف العمود الفقري من الأعلى إلى الأسفل من:

- الفقرات العُنقية وعددها ٧/.
- الفقرات الصدرية أو الفقرات الظهرية وعددها ١٢/.

- الفقرات القطنية أو البطنية وعددها ٥/.
- الفقرات العجزية وعددها ٥/ وهي فقرات ملتصقة ببعضها بعضاً.
- الفقرات العصعوصية وعددها ٣/ وهي فقرات ملتصقة ببعضها بعضاً.
- وأخيراً: هناك تقعر طبيعي في الفقرات العنقية والقطنية يُساعد على اعتدال الجسد اعتدالاً ممشوقاً (Bigge, 1995).

٣-١- أسباب تشقق العمود الفقري:

ما زالت الأسباب المباشرة للإصابة بالشق الشوكي غير معروفة، فإما تعود إلى عوامل جينية أو أي عوامل أخرى تؤثر على الجنين وتُسبب له مثل هذه التشوهات.

تبين ومن خلال تتبع الحالات التي تعاني من تشقق العمود الفقري أن إصابة الأم ببعض الالتهابات والأمراض وكذلك التعرض للتسمم خلال فترة الحمل يُعتبر من أهم الأسباب المؤدية للإصابة، ومن جهة ثانية يُمكن التنبؤ بالإصابة من خلال إجراء فحوصات مخبرية دقيقة للسائل الأمني المحيط بالجنين على أن يتم ذلك خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل.

في حالات الشلل الناتجة عن إصابة الحبل الشوكي وتلفها غالباً ما تكون الإعاقة رباعية أي تطل الأطراف الأربعة العلوية والسفلية معاً. وقد تقتصر الإصابة على الطرفين السفليين مع طرف علوي واحد وهنا يكون الشلل ثلاثياً.

إن حجم الإعاقة وشدتها يعتمد على مقدار التلف الذي نال الحبل الشوكي من جهة وكيفية نقل المصاب للمشفى في حال كانت الإصابة مكتسبة. وهنا يؤكد (المؤلف) أنه ومهما كانت درجة الإصابة التي نال الحبل الشوكي فإنها إصابة لا يمكن تعويضها كما أن إصابة الحبل الشوكي لا ينتج عنها آثار جسمية مباشرة بعد وقوع الحادثة؛ لأن النخاع الشوكي يكون بمرحلة صدمة، ولكن تبدأ الآثار بالظهور مع مرور الأيام والشهور.

٣-٢ - تصنيفات تشقق العمود الفقري

أولاً: تشقق العمود الفقري المستتر (Spina Bifida Occulta)

تعتبر هذه الحالة من أكثر حالات تشقق العمود الفقري شيوعاً، ولا تؤدي هذه الحالة إلى إعاقة في الجهاز العصبي بسبب عدم تسرب النخاع الشوكي أو حدوث أي نتوءات أو أي تشققات بالحبل الشوكي، ولا يوجد دلائل واضحة على الإصابة فيما عدا بروز كتلة في مكان الإصابة. وباختصار نقول بأن هذا النوع من التشقق عبارة عن حدوث ضعف في العمود الفقري مع عدم حدوث أي إصابة بالحبل الشوكي.

ثانياً: الالتهاب الشوكي البسيط (Meningocele)

أشار (Bigge, 1995) إلى أن هذا الالتهاب يشمل الأغشية، ويحدث نتيجة تسرب السائل الشوكي عبر الفقرات لا سيما عندما تكون الفتحة التي تحدث في العمود الفقري كبيرة ومتسعة بشكل يسمح للغشاء الذي يغطي النخاع الشوكي بالتدفق خارج هذه الفتحة؛ حيث يقوم بدفع الجلد وتكوين كيس في المنطقة المصابة.

هذا الكيس يحتوي على غشاء السائل الشوكي وبعض الألياف وبذلك لا تتأثر الأعصاب الشوكية. ومن الممكن علاج مثل هذه الحالة بالجراحة، حيث يخضع الطفل لعمل جراحي وذلك في المراحل الأولى من عمره. والهدف من العمل الجراحي إزالة الت كيس ومحاولة إغلاق الفتحة ومنع الأعصاب الشوكية من التدفق وبالتالي حمايته من الشلل أو تخفيف حدة الإصابة.

(WilliamSchwartz.2001)

ثالثاً: التهاب سحايا النخاع الشوكي (Myelmeningocele)

يشمل هذا الالتهاب الحبل الشوكي والأغشية المبطنه له. والسائل الموجود بالنخاع وبين الفقرات، وتتكون هذه الحالة بسبب أن الإصابة قد أحدثت فتحة كبيرة

تسمح للسائل الشوكي والأعصاب نفسها بالتدفق إلى الخارج على هيئة كيس؛ مما يؤدي إلى الشلل في الجزء السفلي من الإصابة، وتعطيل الإحساس لدى المصاب. العمل الجراحي بهذه الحالة مفيد جداً كونه يخفف ويخفف من حدة الإصابة؛ إلا أنها لا تحقق الشفاء التام للطفل المصاب. وأشار (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥) أن هذه الإصابة ترافقها مضاعفات أخرى وخطيرة مثل عدم التحكم في عضلات الشرج ومشكلات لا إرادية في التبول والتبرز؛ مما يسبب التهابات حادة في المسالك البولية وقد يُصابها أيضاً استسقاء في الدماغ قد تصل نسبته إلى ٩٠٪/ من هذه الحالات (سليمان، ١٩٩٧).

لا بد من التنويه أن ذكاء هذا الطفل عادي على أن لا تتوافق الإصابة بإصابة أخرى كالاستسقاء الدماغي. وبشكل عام نسبة ذكاء هذه الفئة من المعوقين تقع في حدود المتوسط وذلك بسبب عدم تمكنها من الحركة والتقل بشكل مستمر وعدم استفادتهم من المثيرات البيئية المتوفرة لأقرانهم الطبيعيين.

٤ - إصابة الحبل الشوكي

آخر جزء من الجهاز العصبي المركزي والذي يقع تحت جذع المخ ووراء النقب المؤخري الأعظم يدعى الحبل الشوكي والذي يبلغ طوله حوالي ٤٥/ سنتيمتراً ويشغل (يحمل) ثلثي القناة الفقرية.

وبين (Best, 2000) أن الحبل الشوكي اسطواني الشكل بالنسبة للجزء الأكبر من طوله، ويلاحظ تضخمه في منطقتين أولاهما في الجزء الأسفل من الرقبة حيث تتصل به أعصاب الذراع، وثانيهما في المنطقة القطنية حيث تتضخم لاتصالها بأعصاب الساق. هذا وينتهي الحبل الشوكي بالنسبة للإنسان عند الفقرتين الأولى والثانية.

فالحبل الشوكي يتكون من مادتين إحداها بيضاء والأخرى سنجابية. وبناءً على ذلك يمكن أن نميز بوضوح أن الحبل الشوكي يتألف من قسمين: خارجي

يحتوي على مسارات صاعدة وهابطة تربط الأعصاب الطرفية بالمخ، والثاني داخلي يشبه الفراشة، ويتكون من المادة السنجابية التي تتضمن خلايا عصبية حركية.

ويغطي الحبل الشوكي كالمخ بثلاثة أغشية تسمى السحايا وهي (الأم الجافية، الأم العنكبوتية، الأم الحنون) وهي تفصل الأنسجة العصبية عن العظام التي تحيط بالجهاز العصبي المركزي. (سليمان، ١٩٩٧).

هذا ويحتوي الحبل الشوكي على عدد كبير جداً يصل إلى ملايين الخلايا والشعيرات العصبية الدقيقة. وتعمل هذه الخلايا والشعيرات على نقل وتحويل الأحاسيس والمعلومات من وإلى المخ، والذي يقوم بدوره بتحليل هذه المعلومات، ويرسل أوامره عن طريق الحبل الشوكي أيضاً إلى العضلات والأجهزة الحركية للاستجابة بشكل مناسب.

تتوقف درجة الإصابة التي تطال الحبل الشوكي على درجة الصدمة التي تعرض لها الفرد أثناء الصدمة. ففي حال الإصابة الشديدة على سبيل المثال تؤدي إلى إلحاق الشلل بالأعضاء الجسمية التي تقع أسفل الإصابة. ويترافق ذلك بانعدام الإحساس بالقدرة على ضبط الإخراج أي حالتا التبول والإطراح إضافة إلى عدم القدرة على ضبط الأطراف. أما إذا كانت الإصابة محدودة نتيجة تشكل ورم أو نتيجة التهاب الأنسجة العصبية والخلايا التي تغطي الحبل الشوكي فإن أثرها يكون بسيطاً وقد لا يؤدي إلى حدوث أي نوع من أنواع الشلل، ويصبح معه علاج الإصابة وشفائها ممكناً. أما في حالات الشلل الناجمة عن تلف الأعصاب الشوكية فإن الإعاقة قد تكون رباعية بحيث تتأثر الأطراف السفلية والعلوية معاً أو ثلاثية بحيث تتأثر الأطراف السفلية وأحد الطرف العلوية.

ويرى المؤلف أن حجم الإصابة التي قد تطال الحبل الشوكي يعتمد بالدرجة الأولى على مقدار التلف الذي أصاب الحبل الشوكي، ويعتمد كذلك على كيفية نقل المصاب وتقديم الإسعافات الأولية ريثما يصل للمشفى. وأخيراً يمكن القول بأن

إصابة الحبل الشوكي لا ينتج عنها آثار جسمية مباشرة بعد حدوث الإصابة مباشرة؛ وذلك لأن الحبل الشوكي يكون في حالة صدمة، على أن تلك الأعراض تظهر بعد عدة أيام.

٥- الصرع

٥-١- لمحة عامة عن الصرع

مصطلح " الصرع" مصطلح مشتق من كلمة يونانية الأصل وهي بمعنى "النوبة". والصرع مرض يعاني المصاب خلاله من نوبات عصبية مفاجئة تتميز بفقد الوعي والإحساس. وهناك من يميز بين النوبات الصرعية والنوبات الهستيرية خلال حديثه عن نوبات الصرع، فيرى أن النوبات الصرعية عبارة عن نوبات فجائية، لا إرادية، لا تتعلق بموقف بالذات، ولا يحدث استجابة لمثيرات خارجية. بينما النوبات الهستيرية فهي نوبات ينذر حدوثها والمريض بمفرده، فمن المعلوم أن النوبات الهستيرية تحدث نتيجة التماس المشاعر الوجدانية.

ومن الأهمية بمكان أن يغدو اختصاصي التربية الخاصة قادراً على التمييز بين النوبة الصرعية والنوبة الهستيرية انطلاقاً من أن واجبه المهني يقتصر على العمل مع النوبات الصرعية أكثر من تعامله مع النوبات الهستيرية التي تقع ضمن اهتمامات العلاج النفسي. ولعل ما بينه (فهيم، ١٩٨٠) يوضح هذه الفروق بين النوبتين :

- تتميز النوبة الهستيرية عن النوبة الصرعية بما يصحبها من حدة انفعالية.
- النوبات الصرعية لا يقوم فيها المصاب بأية محاولات للدفع أو القبض، بينما النوبات الهستيرية تتميز بمحاولات المصاب قبض ودفع وجذب الأجسام المختلفة التي تكون في متناول يده.

- النوبات الصرعية تنشأ (أو على الأقل) تتميز من انعدام التوافق في المراكز المخية، بينما تتميز النوبات الهستيرية بالصراع العقلي أو الانفعالي ولا يصحبها أي تلف في المخ. ولذلك تمكن الأخصائيون من التمييز بين حالات الصرع وحالات الهستيريا بالكشف عن المراكز المخية بواسطة الموجات الكهربائية (سليمان، ١٩٩٧).

وتأخذ نوبات الصرع عدة أشكال منها:

أولاً: **نوبات الوليد**: وهي النوبات التي تحدث في الأسبوعين الأوليين من تاريخ الميلاد. وتبدو على شكل استرخاء أو تصلب مترافقة بوقف التنفس لفترات وكذلك يصبح لون الجلد مائلاً للزرقة ورفيفاً وهناك اختلاج وحركات اهتزازية غير مفهومة. ثانياً: **نوبات ارتجاجية**: أطلق على هذا النموذج (داء كاوستات) نسبة للعالم الذي تمكن من تشخيصه بدقة. وتحدث هذه النوبات بين سن الرابعة وسن السابعة من العمر يصحبها تشنج فجائي قوي وعنيف لبعض العضلات دون إذن مسبق. وبالرغم من سقوط الطفل يمنية أو يسرة فإنه لا يفقد الوعي.

ثالثاً: **الصرع (الجاكسوني)**: يبدأ هذا النوع من الصرع على شكل خذر أو وخز في أحد أعضاء الجسم ثم يلي ذلك اختلاج بالعضلة ومن ثم تنتشر هذه الأعراض على كافة أنحاء الجسم.

المريض يبقى محافظاً على وعيه خلال اللحظات الأولى من النوبة ومن ثم يفقد وعيه بعد انتشارها على مساحة الجسم. وفي أغلب الأحيان تنتهي النوبة بتشنجات عامة.

رابعاً: **النوبات الحركية النفسية**: ما يميز هذا النوع من الصرع أنه يحدث في أي فترة عمرية. وفي هذه الحالة يفقد المريض وعيه ولكن نشاطه يستمر ويبدو وكأنه في كامل وعيه. ومن أعراض هذه النوبة الشعور بالخوف ومشاكل في المعدة وغارية واضحة بإحساسات الشم والسمع والرؤية.

خامساً: النوبات الصرعية الكبيرة: وهي النوبات التي تحدث في أي فترة من العمر ومن مظاهرها المميزة لها فقدان الوعي مع تشنجات عضلية. وخلال النوبة يفقد المريض وعيه ويتوقف التنفس وتصبح عضلاته متصلبة مع امتداد الذراعين والساقين.

وقد يعرض الطفل لسانه ويفقد أيضاً السيطرة على التبرز والتبول. وعادة تصبح الحركات التشنجية بطيئة بعد حوالي ١/ دقيقة ومن ثم تسترخي العضلات تدريجياً ليعود المريض لوعيه رويداً رويداً. وبعض المصابين ينامون بعمق لعدة دقائق أو ساعات بعد انتهاء النوبة الصرعية. (أبو فخر، ٢٠٠٥)

يمكن عامة القول إن الصرع ليس مرضاً بالمعنى التقليدي، فهو عبارة عن اضطراب أو خلل يطرأ على الدماغ يسبب للمصاب فقدان الوعي ويكون مفاجئاً وليس دائم الحدوث (السرطاوي وآخرون، ١٩٩٥).

٥-٢- أسباب الصرع

أكدت معظم الدراسات والبحوث أن الأسباب الكامنة وراء الصرع ما زالت غير معروفة تماماً، فالنوبة عبارة عن اضطراب في النشاط الكهربائي في خلايا التفريغ بالمخ ويمكن رؤية هذه الاضطرابات رؤية واضحة على رسام المخ الكهربائي.

وسنشير في السطور القادمة إلى أهم الأسباب المؤدية للصرع :

- تحدث نوبات الصرع نتيجة عدم التوازن الذي يحدث متقطعاً في النشاط الكهربائي لخلايا المخ. وغالباً ما تظهر مثل هذه الحالة على شكل تشنجات عضلية وفقدان للوعي لفترات تتراوح ما بين عدة ثوان إلى عدة دقائق.

- يحدث الصرع نتيجة لعوامل وظروف تحدث أثناء الحمل أو أثناء الولادة وعوامل مكتسبة تحدث بعد الولادة. ومن أمثلة هذه الظروف

الرضوض التي تصيب الرأس وعدم الاتزان الكيميائي في الدم وسوء التغذية....

- يحدث الصرع نتيجة اضطراب بالمخ نتيجة نبضات كهربائية متكررة ومتعددة تنشأ بالأجزاء المعطوبة أو التالفة أو التي أصيبت بأضرار .

- وثمة من تناول أسباب الصرع بعد أن حصرها بعاملين اثنين العامل الأول يقع ضمن العوامل البيولوجية: فقد تتشابه النوبات التي تصيب المصابين بالهستيريا أو المرض العقلي مع نوبات الصرع إلا أنه من الواضح أن هناك حالة بالمخ كامنّة وراء الصرع الحقيقي. يضاف لذلك أن موجات المخ الصرعي غالباً ما توجد عند أقارب المصابين بالصرع بدرجة تفوق وجودها عند أفراد المجتمع. وحيث إن نوبات الصرع تكون مرتبطة بإصابات معروفة بالمخ، فثمة نوبات عصبية عديدة تُفسر طبيعة المرض وديناميته، وربما كانت نظرية "التهيج" من أكثر النظريات شيوعاً بتفسير ذلك انطلاقاً من أن الإثارة أو التهيج المباشر يحدث داخل اللحاء المخي لأنه من المفروض أن الإصابة ذاتها تركت النسيج العصبي للحاء حساساً للغاية للإثارة والتهيج وبطريقة ما يحدث تفريغ غير عادي لنيرونات المخ مؤدياً إلى النوبة الصرعية. أما العامل الثاني فيقع ضمن العوامل النفسية: حيث تركز رأي العلماء حول فرضية تقول إن التشنجات الصرعية ما هي إلا ميكانيزمات لاختزال التوتر تمثل تفريغاً حاداً لمراكز المخ السفلى التي ينتج عنها تفريغ للتوترات الانفعالية. وثمة ملاحظات إكلينيكية عملية تؤيد هذه النقطة. (Best,2000)

ونشير هنا إلى أنه ومهما كانت الأسباب الكامنة وراء الصرع فإن الصرع عبارة عن اضطراب يُصيب الخلايا العصبية التي من الواجب أن تعمل عملاً جيداً كي تكون قادرة على تلقي الإشارات تلقياً سليماً واتخاذ القرارات المناسبة للموقف.

٦- الاستسقاء الدماغي

تتشأ هذه الحالة بسبب تزايد كمية السائل المخي الشوكي الذي يعمل كوسادة للمخ في حجمه وضغطه على مادة المخ وعظام الجمجمة. ففي الشخص السوي الراشد يتراوح حجم هذا السائل من (٩٠ سم^٣ إلى ١٥٠ سم^٣). وينتج هذا السائل في فراغ معين من المخ، ثم يمر خلال عدة قنوات في دورته العادية ثم يعود ليمتص في الدورة الدموية، ويتم تغيير هذا السائل في مدة تتراوح بين (١٢-٢٤ ساعة) ويتكون بدلاً منه سائل جديد بالمعدل نفسه الذي يمتص به.

ويرى (صانق، ١٩٨٢) أن حالة الاستسقاء الدماغي ناجمة عن اضطراب في عملية تكوين السائل، فيزداد حجمه أو يضطرب في دورته كما في حالة انسداد القنوات، أو أن يضطرب امتصاص السائل في الدورة الدموية، وفي كل حالة من هذه الحالات يكون هناك ضغط على مادة المخ وأنسجته.

قد تكون حالة الإصابة بالاستسقاء الدماغي ناجمة عن عوامل وراثية، حيث يكبر رأس المولود تدريجياً بعد الولادة. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن حجم دماغ الطفل السوي يكبر محيطه بمعدل (١ سم) خلال كل شهر من الشهور الأولى من حياته. ولكن الواضح بحالة الاستسقاء الدماغي مختلف تماماً، حيث نجد أن في الدماغ تنمو نتيجة لورم المخ، أو النزيف الداخلي، أو الالتهابات السحائية أو إصابة الرأس، أو سوء تكوين عظام قاع الجمجمة.

وتبرز صعوبة هذه الحالة من الإعاقات ما يرافقها من حالات أو إعاقات أخرى، ويعتبر التخلف العقلي من أكثر حالات الإعاقة المرافقة للاستسقاء الدماغي. وغالباً ما يتضح ذلك خلال الشهور الأربعة من عمر الطفل، وهناك حالة صعبة تتمثل بالترافق بين الاستسقاء الدماغي وتشقق العمود الفقري ووجود حالة الحنف. وبالتالي فإن الصعوبات التي تصاحب الإصابة بالاستسقاء الدماغي تكون على هذا النحو:

- صعوبات في التأزر والتناسق البصري - الحركي.

- صعوبات حسية كالإعاقات السمعية والبصرية و...
- صعوبات لغوية حيث تكون قدراتهم على التعبير محدودة.
- مشكلات تربوية ذات صلة بالفهم والاستيعاب.
- مشكلات نمائية ذات صلة بالعمليات العقلية الأساسية.

(Baumeister,A, et al,2003)

مما تقدم نُعرف الاستسقاء الدماغى بأنه: الحالة التى يتراكم بها السائل المخى الشوكى فى بطينات المخ، مما يؤدي إلى تضخم الجمجمة وإلى أعراض مثل الإعاقة العقلية الشديدة والصرع والعمى....

٧- شلل الأطفال

عُرف مرض شلل الأطفال منذ فترة لا بأس بها، وقد وضحت رسومات وكذلك صوراً شخصية قديمة نسبياً لأشخاص يعانون من تصلب فى عضلاتهم أو من إجهاد فى هيكلم العظمى ناجم عن انعدام التوازن بين مجموعة العضلات المختلفة، مما أوجد اضطراباً فى المجموعة العصبية لديهم. والطب الحديث بين أن الإصابة بشلل الأطفال تنتهى بصاحبها بهذه الأعراض ودرجة الإصابة.

ومما ورد فى المراجع فقد كُتب عن مرض شلل الأطفال منذ (١٨٥٠عام تقريباً) فقد ذكر (أندرو وود) فى كتبه. وصفاً عن المرض وبأنه حالة شلل تعقب أحد أمراض الهزال؛ إلا أنه لم يُسم المرض بشلل الأطفال. وجاء العالم الألمانى(هين عام ١٨٤٠) ليتناول هذا المرض ويتتبع توابعه حيث إن الإصابة بهذا المرض كانت شائعة، وكان هذا العالم أول من أطلق على هذا المرض مصطلحاً علمياً رافقه ليومنا هذا وهو(شلل الأطفال). وتتابع الدراسات والبحوث حول هذا المرض ليتضح فيما بعد أن التطعيم أصبح العامل الأكثر ضماناً للحد من شيوع هذا المرض مع الإلحاح على أهمية التطعيم خلال أعوام الدراسة. فالأطفال هم النسبة الأعلى بالإصابة بهذا المرض السريع الانتقال.

يمكننا القول بأن شلل الأطفال: هو ذاك المرض الناجم عن فيروس ينتقل عبر الهواء ووسائل أخرى يؤدي إلى ارتفاع درجة حرارة الطفل لتتجاوز الـ ٤٠ درجة/ تُصاب على أثرها منطقة السحايا ليصاب جسم الطفل بكامله بنوع من التيبس وتصلب العضلات، ومن ثم تخف الإصابة وتهبط درجة الحرارة إلى أن تتركز الإصابة بأحد الطرفين العلويين أو السفليين أو لدى الطرفين العلوي والسفلي الأيمن أو الأيسر.

٧-١- أسباب مرض شلل الأطفال:

فيما يتعلق بالأسباب نوضح ما يلي:

- بينت الدراسات أن الأسباب الكامنة وراء مرض شلل الأطفال تقتصر على سبب واحد وهو فيروس يصيب أنسجة الخلايا العصبية الحركية في الجزء القطني من النخاع الشوكي. يؤدي ذلك إلى ضعف واضح بالعضلات وتشنجات قوية وشلل كامل، مع تشوهات في الهيكل العظمي.
- إذا كانت الإصابة بالفيروس بالغة فقد تؤدي إلى الوفاة السريعة حيث يهاجم الفيروس الأعصاب الشوكية مسببا الوفاة.
- في حال عدم وصول الإصابة للأعصاب الشوكية وكانت (الإصابة) ناتجة عن انتفاخ والتهاب بسيط في الأنسجة التي تغطي الأعصاب فإن الإصابة بهذه الحالة غالباً ما تكون محدودة؛ وبالتالي لا تمنع الطفل المصاب من الاستمرار بحياة طبيعية والذهاب للمدرسة.... (سليمان، ١٩٩٧)
- وبما أن الإصابة تحدث للأعصاب المسؤولة عن الحركة فمن المتوقع أن تكون القدرات العقلية واللغوية والسمعية والبصرية لدى الطفل المصاب طبيعية، وبذلك يمكن للطفل المصاب الاستفادة من البرامج التي تُقدم للأطفال العاديين .

- وأخيراً: نؤكد أن مرض شلل الأطفال مرض معدٍ يصيب الأطفال فردياً أو جماعياً، وهو عبارة عن إصابة مرضية يسببها أحد ثلاثة أنواع من فيروسات شلل الأطفال التي تصيب الخلايا العصبية؛ مما يؤدي إلى التهابها. ومع ذلك قد يُصيب الفيروس كبار السن. (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

٧-٢- أعراض مرض شلل الأطفال:

فيما يتعلق بأعراض مرض شلل الأطفال، يجب على اختصاصي التربية الخاصة معرفتها والإلمام بها كباقي أصناف الإعاقات الأخرى؛ كي يتمكن من تقديم المساعدة باللحظات المناسبة، وسنشير خلال السطور القادمة إلى أهم تلك الأعراض:

- عادة ما يُصاب الطفل بأعراض مشابهة لأعراض الأنفلونزا المصحوبة بالحمى والألم في الظهر والرقبة والصداع وكذلك الإقياء والإسهال.
- يلي ذلك معاناة الطفل من ارتفاع مفاجئ لدرجة حرارة الجسم التي تختفي بالتدريج خلال ثلاثة أيام، ثم تظهر فجأة أعراض الشلل على شكل آلام بالعضلات والأطراف، ثم تنتقل الإصابة إلى النخاع الشوكي وذلك بعد مهاجمة الفيروس للقناة الهضمية وانتقاله إلى الغدد الليمفاوية ثم إلى الدم حيث يكون بإمكانه مهاجمة الخلايا العصبية للنخاع الشوكي، فتتورم وتفقد قدرتها على العمل، وتُصاب أيضاً مجموعة الألياف العضلية المزودة بهذه الأعصاب فتصبح مؤلمة، ومن ثم تُضمَر وتُشل. وبعدها يفقد المصاب القدرة على تحريك عضلاته وتصبح في وضع أضعف وبالتالي تتكمش وتصبح غير قادرة على القيام بمهامها الطبيعية.

• لا بدّ من الإشارة إلى أن هذه الأعراض من أهم الأعراض المرافقة لشلل الأطفال، غير أن هناك أشخاصاً يُصابون في أطرافهم أو في عضلات التنفس أو العضلات الخاصة بالبلع والكلام، وهؤلاء يعانون من نوع آخر من شلل الأطفال يدعى "التهاب النخاع الشوكي السنجابي ذو البصلات"، ويتركز أثر هذا المرض تركيزاً كلياً على أعصاب الصدر والحجاب الحاجز وأعصاب الكتفين والذراعين واليدين. (WilliamSchwartz,2001)

• وأخيراً: هناك نوع آخر من شلل الأطفال ناجم عن إصابة النخاع المستطيل، ومن أهم أعراضه إصابة مراكز الأعصاب الخاصة بالأعضاء العلوية بشكل خطير أو إصابة المراكز الحيوية من المخ. منوهين إلى أن معظم الوفيات الناجمة عن شلل الأطفال تكون لدى الأطفال الذين يعانون من هذه الحالة أو ممن لديهم إصابة بالعمود الفقري.

٨- التصلب المضاعف للأنسجة العضوية.

أكدت الدراسات والبحوث الطبية أن الإصابة بالتصلب المضاعف للأنسجة العضوية تبدأ بأعراض بسيطة. والتصلب المتعدد للأنسجة العضوية والعصبية مرض يصيب المراهقين وكبار السن، وهو مرض مزمن ويسبب تدهوراً مستمراً ودائماً للجهاز العصبي، ويؤدي بالنهاية إلى تصلب وتلف الغمد النخاعي لبعض الأعراض. وبالنسبة لمستقبل المصاب ما زال الأمر صعب التكهّن فقد يعيش المصاب حياته الاعتيادية دون أي مشكلات.

تتمركز الإصابة التي تصيب الجهاز العصبي المركزي في المادة البيضاء، وأكثر الأجزاء تضرراً غالباً ما تكون الأعمدة الأمامية والجانبية وكلما تقدم المرض تتحطم أجسام الخلايا ومحاورها. وتغزو المادة الرمادية وكذلك الأعصاب البصرية والمخ وقنطرة (فارول) والمخ الأوسط والمخيخ. (سليمان، ١٩٩٧).

ومن بين الأعراض:

- الضعف وثقل الحركة والاختلالات البصرية.
- بعد ذلك قد تحدث أعراض اللامبالاة وعدم الانتباه وإصدار الأحكام الخاطئة مع حدوث الاكتئاب أو الانسحاب.
- تحدث أول نوبة للتصلب المتعدد أو المضاعف عادة ما بين سن العشرين وسن الأربعين، وقد يستمر المرض إلى فترة تصل إلى خمس وعشرين عاماً أو أكثر، أما حدوث الوفاة السريعة من هذا المرض فليست شائعة، بل هي أمر نادر علماً بأن سبب هذا المرض لا يزال غير معروف (عبد الحميد، كفاي، ١٩٩٢).

ثالثاً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن حدوث عاهات بالهيكل العظمي:

١- لمحة عامة عن الجهاز العظمي

مجموعة من العظام المختلفة الحجم والشكل، والمتصلة مع بعضها بعضاً بواسطة المفاصل يُطلق عليها (الجهاز العظمي). إذا أعضاء الجهاز العظمي هي العظام، والمفاصل، والعضلات. ووظيفته الأساسية إعطاء الجسم شكله وقوامه، وحمل ثقل الإنسان. يوجد في الهيكل العظمي لدى الإنسان (٢٠٦) عظمة مقسمة على النحو الآتي:

- (٢٦) عظمة للعمود الفقري.
- (٢٢) عظمة للرأس.
- (١) عظمة واحدة لعظم لامي.
- (٢٥) عظيمات للسمع.
- (٢٥) عظمة للأضلاع والقص.
- (٦٤) عظمة للطرفين العلويين.
- (٦٢) عظمة للطرفين السفليين.

ويُقسم الهيكل العظمي استناداً لوضعه إلى قسمين أساسيين هما:

القسم الأول: الهيكل المحوري

يمثل محور الجسم، وهو عبارة عن العمود الفقري والأجزاء المتصلة به كالجمجمة والعلبة (القفس) الصدرية. ويحتوي على (٨٠) عظمة. وسنشير هنا لأهم النقاط التي تُفيد اختصاصي التربية الخاصة فيما يتعلق بأجزاء الهيكل المحوري:

١-العمود الفقري: إنه قوام الجسم ومكانه الظهر، وهو عمود عظمي يشتم بالمرونة، ويمتد طويلاً في الظهر ويتركب من عدد من العظام المتشابهة تقريباً. ويتركب العمود الفقري من (٣٣) فقرة منها (٧) فقرات عنقية، و(١٢) فقرة ظهرية، و(٥) فقرات خلف المنطقة البطنية، و(٥) فقرات عجزية، و(٤) عَصَصِيَّة. وتشترك كل فقرات العمود الفقري بأوصاف عامة هي: كل فقرة تتكون من جسم وقوس بينهما الثقب الفقري ومجموع الثقوب الفقرية يكون القناة الفقرية التي يمتد بداخلها الحبل العصبي الآتي من المخ ليوزع الأعصاب لجميع أجزاء الجسم.

٢-الجمجمة: تعلو العمود الفقري وترتبط به ارتباطاً مباشراً ومتيناً، كما أنها تحمي الدماغ بشكل عام والمخ على نحو خاص. والجمجمة مبطنة بغشاء متين هو " الأم الجافية". وبين هذا الغشاء وبين الجمجمة هناك أوعية دموية كثيرة قد تتمزق في حال تعرضت الجمجمة للكسر. وتتركب الجمجمة من (٢١) عظمة ملتحمة ببعضها بعضاً ما عدا عظم الفك فهو متحرك. (سليمان، ١٩٩٧)

٣-القفس الصدري: قفس يحوي ويحمي بداخله: القلب والرئتين والمري والأوعية الدموية الكبرى. يحده من الخلف الفقرات الظهرية؛ ومن الجانبين الضلوع وعددها (١٢ زوجاً) ومن الأمام عظم مستطيل يسمى " القص".

٤-الحوض: يقع الحوض أسفل البطن ويحمل الجذع والعمود الفقري ويتربع على عظمتي الفخذ، ويتكون من عظمتين كبيرتين على كل جانب. ويختلف الحوض بين الرجل والمرأة لاختلاف دوره لدى كليهما، وخاصة المرأة التي تحمل الطفل لمدة (٩) أشهر وكذلك هناك عملية الولادة.

القسم الثاني: الهيكل الطرفي

تتصل عظام الأطراف بالهيكل المحوري بواسطة عظام موصلة تحيط به تقريباً وتدعى بـ " الأحزمة " . وسنشير هنا لأهم النقاط التي تفيد اختصاصي التربية الخاصة فيم يتعلق بأجزاء الهيكل الطرفي:

١-الطرفان العلويان: هما الطرفان اللذان يتصلان بالجزء العلوي من القفص الصدري ويتكون كلاهما من العظام التالية:

- عظم الترقوة: اسطواني الشكل وبه ثقبوس، وبواسطته يمكن إبعاد الطرف العلوي عن الجسم، وهو عرضة للكسر فيما لو وقع الشخص على يده الممدودة أو على كتفه.
- عظمة الكتف: عظمة رقيقة مثلثة الشكل، مكونة مع رأس عظم العضد ومفصل الكتف.
- الذراع: عظم اسطواني الشكل، يدخل رأسه العلوي بتشكيل مفصل الكتف أما طرفه السفلي فهو عريض مكون مع أعلى عظمتي الساعد ومفصل الكوع.
- الساعد (الزند والكعبرة): تشكلان عظمتا الساعد وهما اسطوانيتان رفيفتان وطويلتان. وتشكلان مع مفصل الكوع (الذي يسمح بالثني والبسط)، وتشكلان مع عظام اليد مفصل الرسغ. أما عضلات الساعد فهي كثيرة لأنها تحرك الأصابع واليد، وتنتهي هذه العضلات بأوتار رقيقة وطويلة تسير إلى الرسغ واليد وتدعم الأصابع.
- اليد: يتكون هيكل اليد من عظام كثيرة بينهما مفاصل. وعدد عظام الرسغ (٨ ثمان) وعظام المشطيات براحة اليد (٥ خمس). أما سلاميات الأصابع فعددها (١٤ أربع عشرة).

٢-الطرفان السفليان: هما الطرفان اللذان يحملان كتلة الجسم كاملة، وهما الطرفان اللذان يتحرك من خلالهما الجسم هي أثناء المشي والجري والقفز . ويتكون كلاهما من العظام التالية:

- عظمة الفخذ: إنها أطول وأكبر عظم في الجسم. ولهذا العظم طرفان، يتكوّن الطرف العلوي من رأس مستدير وعنق، أما الطرف السفلي فهو أكبر من العلوي وعريض بالوقت ذاته، ويشكّل مع عظمة الساق مفصل الركبة.

- مفصل الركبة: يتكوّن من السطحين لعظمة الفخذ وعظمة الساق. وتغطي هذه العظام طبقة غضروفية تجعلها ملساء. وتُغلف مفصل الركبة محفظتان: تفرز الداخلية منها سائلاً لزجاً دهنياً لتشحيم المفصل ومنع الاحتكاك بين عظامه، أما المحفظة الخارجية فهي من نسيج ليفي قوي به أربطة ليفية أيضاً تشد العظام إلى بعضها بعضاً وتمنع الحركة بينها إلا في اتجاه واحد.

- الساق: تتركب الساق من عظمتين هما " القصبة والشفية " إلا أنّ الشفوية لا تدور حول القصبة كما تدور الكعبرة حول الزند؛ لأنها عظمة رقيقة وضعيفة كما أنّ طرفيها ملتحمتان بالقصبة تماماً. وتشكّل الساق مع الفخذ مفصلاً، وتكوّن القصبة والعظمة مع عظام القدم مفصل الكاحل.

- القدم: يتألف القدم من قسمين من العظام هما الأمشاط والسلاميات. والأمشاط عبارة عن خمس عظام طويلة في كل مشط يتصل به إصبع مكوّن من ثلاث سلاميات ما عدا الإبهام ففيه سلاميتان.

- العصب الوركي الكبير: يُعتبر هذا العصب من أهم أعصاب الطرف السفلي، كما أنّه أطول وأكبر عصب في الإنسان. هذا ويتكوّن من ضفائر عديدة تخرج من النخاع الشوكي في منطقة الفقرات القطنية وتتجمع جذوره في الحوض ثم يخرج منه لمنطقة الإلية سائراً في المنطقة الخلفية

من الفخذ. ويتفرع إلى فرعين خلف الركبة مغذياً عضلات الفخذ الخلفية وعضلات الساق والقدم.

وبعد أن تناولنا أهم النقاط ذات الصلة بالهيكل العظمي من حيث المكونات فمن الأهمية بمكان أن نتناول أهم الإعاقات ذات الصلة بالهيكل العظمي كما يلي:

٢- بتر الأطراف وتشوهها:

البتر حالة يترتب عليها إحدى الإعاقات الجسمية الحركية الناجمة عن فقدان المصاب لأحد الأعضاء العلوية أو السفلية (أو أكثر من عضو) حيث يفقد المصاب على أثرها القدرة على الحركة أو مسك الأشياء أو التوازن... وهذا بالطبع سيؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة بحسب طبيعة الإعاقة وشدها... (عبد اللطيف، ٢٠٠٦).

وتتسبب حالة البتر نتيجة لفقدان أحد الأعضاء الحركية بنوع من الإعاقة المستحدثة والمرتبطة بالتقدم الحضاري، وبالتالي يمكن تعريف الشخص المصاب بالبتر بأنه الشخص الذي فقد أحد أطرافه أو أكثر أو حتى كلها ونتج عنه إعاقة حركية تؤثر على أدائه لأدواره الاجتماعية ومن ثم توافقه النفسي والاجتماعي في الأسرة والعمل والمجتمع الأمر الذي يستدعي التدخل بتأهيله مهنيًا واجتماعيًا ونفسيًا لاستعادة كل أو بعض توافقه في المجتمع.

٢-١- الأسباب المؤدية لبتر الأطراف:

فيما يتعلق بالأسباب الكامنة وراء بتر الأطراف فقد أكدت جل الدراسات الطبية أن أهم الأسباب المؤدية للبتر هي:

- **الحوادث:** يتعرض الأفراد لحوادث عدة يؤدي بعض منها لبتر طرف أو أكثر كالحوادث الناجمة عن حوادث المرور والحرائق وإصابات العمل، وإصابات الملاعب....
- **الحروب والكوارث:** نتيجة انتشار الصراع والنزاعات، وقيام الحروب بين الدول واستخدام كافة أصناف الأسلحة، والنتيجة لدى معظم

الأفراد الإصابة بإحدى حالات البتر. كما أن تعرض أي بلد للكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين أو الفيضانات أو الحرائق.. يؤدي للنتيجة ذاتها.

- **الأورام والأمراض الخبيثة:** نتيجة لإصابة أحد أطراف الجسم بمرض ما على شكل ورم سرطاني خبيث، تتدخل الجراحة لتقرر بتره للحفاظ على حياة الجسم. انطلاقاً من أن التضحية بالجزء ضرورية للمحافظة على الكل (سليمان، ١٩٩٧، مريم حنا وآخرون، ١٩٩٧).

٢-٢ الأسباب المؤدية لتشوه الأطراف:

فيما يتعلق بالأسباب الكامنة وراء تشوه الأطراف، فقد أكدت جل الدراسات الطبية أن أهم الأسباب المؤدية لتشوه الأطراف هي:

- **الحصبة الألمانية:** من أكثر الأمراض التي تنتقل من الأم إلى الجنين (الروبيلا، Rubella) الحصبة الألمانية، حيث إن إصابة الأم بها يترتب عليها مشكلات عدة لعل من أبرزها التشوهات التي تصيب الجنين والتي قد تتركز على تشوهات الأطراف. وكل الآراء الطبية تؤكد أهمية الإجهاض بهذه الحالة.

- **أشعة إكس(X):** كانت الأشعة السينية قبل عام (١٩٥٤) تستخدم من قبل الأطباء لاكتشاف وجود حمل أم لا. إلا أنه وبعد هذا التاريخ تأكد للأطباء وجود علاقة بين تعرض الأم الحامل لهذه الأشعة وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى وبين تعرض الطفل لعدة أمراض من بينها التشوهات.

- **المخدرات والتدخين والأدوية المهدنة:** تناول الأم خلال فترة الحمل وخاصة خلال الشهور الأولى للأدوية المهدنة أو استمرار تعاطيها الكحول أو عدم قدرتها عن التخلي عن التدخين يسبب مشكلات جمة للجنين كونه يتغذى مباشرة من دمها. وقد يكون تشوه الأطراف أخف حالات الإصابة

فقد يعاني الطفل من ضمور في العضلات أو ضمور في الجمجمة أو التخلف العقلي. وقد حدد الباحثون عرضاً مرضياً أطلقوا عليه " كحولية الجنين" حيث يبدو الطفل أصغر حجماً وأخف وزناً مقارنة بأقرانه، ومن جهة ثانية يتأخر نموه الجسدي عن أقرانه خلال فترتي الطفولة والمراهقة. ويوضح الجدول رقم(١) الآثار المحتملة على الجنين نتيجة تعاطي الأم للعقاقير والعناصر الكحولية والتدخين.

٣- الخنف (القدم المشوهة خلقياً).

تشوه القدم على شكل التواء أو خروجها عن الوضع السوي يسمى (الخنف) وفي معظم الأحوال يكون الالتواء في أكثر من موضع؛ فقد تلتوي القدم إلى الداخل وإلى أسفل، أو إلى الخارج وإلى الأعلى. والمتتبع لأدبيات التربية الخاصة يلاحظ عدداً من المصطلحات فقد أطلق عليها بعضهم مصطلح القدم الحنفاء أو القدم المدبسة، وبعضهم سماها القدم الرياضية أو القدم المسحاء وبعضهم يسميها القدم المفطحة (سليمان، ١٩٩٨).

الجدول رقم(١) يوضح الآثار المحتملة على الجنين نتيجة تعاطي الأم للعقاقير والعناصر الكحولية والتدخين.

تسلسل	العنصر الذي تتناوله الأم	الأثر على الجنين
١	الكحول	تخلف النمو، صغر حجم الرأس، التشوه، اضطراب القلب، التخلف العقلي
٢	مضادات الهيستامين	موت الجنين، سوء التكوين وخاصة في تشوه الأطراف
٣	المبالغة في تناول الإسبرين	نزيف الجنين، احتمال اضطراب الجهاز الدوري
٤	مشتقات حامض البريبيريك (مهدئ)	اضطراب التنفس، الخمول خلال الأسبوع الأول من الحياة
٥	الهيروين والمورفين	التشنج، الموت، الأعراض الانسحابية في حالة البقاء حياً
٦	مشتقات الرصاص	الأنيميا، الإجهاض، النزيف

٧	الكينين	الصمم
٨	الثاليدومايد	سوء التكوين وخاصة في الأطراف
٩	التبغ	نقص الوزن عند الولادة، الولادة قبل الأوان، معدل ارتفاع نبضات القلب، التشنجات
١٠	المضادات الحيوية	القيء، مشكلات التنفس، الصمم
١١	العقاقير المضادة للسرطان	الإجهاض، سوء التكوين
١٢	الهرمونات	سوء التكوين وخاصة في الأطراف، اضطراب القلب والقصبة الهوائية، الخلل الهرموني المتصل بالذكورة أو الأنوثة
١٣	الليثيوم	اضطراب القلب وأمراضه
١٤	الزئبق العضوي	الشلل المخي

ويمكن القول بأن تفلطح القدمين من التشوهات الكثيرة الحدوث بين الأطفال، ويطلق عليه البعض بأنه مرض الحضارة. إنه تشوه نتيجة هبوط أقواس القدم مصحوباً باتجاه القدم للخارج. وفي القدم المفلطة يلامس أخمص القدم الأرض بكامله عند الوقوف (Best,2000).

٣-١- أشكال تفلطح القدم:

- ثمة تسميات عدة للقدم المفلطة والتي يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:
- القدم المفلطة الخلفية: هذه الحالة تولد مع الطفل وهي ولحسن الحظ نادرة.
- القدم المفلطة في الأعوام الأولى من العمر.
- القدم المفلطة القوام: وهي ناجمة عن خلل في توازن القدم وغالباً ما تُصيب المعلمين والممرضين والحلاقين وسيدات المنزل نظراً لاضطرابهم للوقوف أو السير لمسافات طويلة.
- القدم المفلطة العظمية: وتنتج جراء تعرض العظام للحوادث....

-القدم المفلطحة الشللية: نتيجة إصابة العضلات كما يحدث خاصة بمرض شلل الأطفال.

-القدم المفلطحة المرضية: وتحدث نتيجة لأمراض أو إصابات ينتج عنها حالات تقوسية للعظام كالكساح (حواشين، حواشين، ١٩٨٦)
٣-٢ أسباب تفلطح القدم:

اتفقت أدبيات التربية الخاصة إلى أن تفلطح القدم ينجم عن أسباب كثيرة ولها أنواع متعددة. ويغلب على هذه الإصابة العوامل الوراثية بحيث تظهر الإصابة لدى الطفل بعد ولادته مباشرة، ومن جهة ثانية تزداد نسبة الإصابة بالقدم المفلطحة لدى الذكور منها عند الإناث، كما أنها تحدث لدى كبار السن والبالغين فيما لو تعرضوا لالتهابات المفاصل أو الأقدام، الأمر الذي يؤدي إلى عدم توازن في العضلات والعظام وبالتالي انحرافها إلى الداخل أو الخارج.

ومن أهم الأسباب التي تؤدي للإصابة بالقدم المفلطحة:

- أسباب خلقية: حيث يولد الطفل بقدم يشبه القارب، والعلاج في هذه الحالة يعتمد على التدخل العلاجي.
- المخدة الدهنية ببطن القدم: يولد كل طفل وهو مفلطح القدمين نتيجة للمخدة الدهنية الموجودة ببطن القدم. ومع النمو تضمر المخدة الدهنية في الوقت الذي يكتمل فيه نمو الجهاز العصبي الذي يحافظ على توازن القدم. وعلى الأمهات أن تزدن من قلقين في حال كان التفلطح مخيفاً.
- تلاصق الركبتين: في الحالات التي يكون بها العظم ليناً يمكن أن يعاني الطفل من حالات تلاصق الركبتين، والتي تؤثر على وضع الأقدام حيث إن ثقل الجسم يتجه للناحية الداخلية للقدم حيث تسقط أعمدته تحت الضغط لتتفلطح، والحل يكون باعتدال الركبتين.

- الزوائد الغضروفية: كما هو الحال بحالة التفلطح الثابت. وتتحول هذه الزوائد مع النمو إلى أعمدة عظمية مما يحدث خللاً في ميكانيكية القدم فتسبب التفلطح.
- انقطاع توتري بعضلات الشظية: السبب في معظم الحالات غير معروف حيث تنقلب القدم إلى الخارج ويسقط قوسه، ومعظم الأطباء يلجؤون للعمل الجراحي لمعالجة الحالة.

٤- تصلب عظام الورك

ينتج هذا المرض عن نقص في كمية الدم اللازمة كي تصل لمركز عظم الفخذ المتصلة بالجذع. وبما أن الدم ضروري لتحقيق النمو السليم والطبيعي لعظام الجسم لذا يؤدي نقصه إلى ضعف مركز الفخذ وموته تدريجياً، مما يسمح بنمو عظام جديدة (السرطاوي وآخرون، ١٩٩٥) .

ونوه (سليمان، ١٩٩٧) إلى أن تصلب عظام الورك اضطراب عظمي للجزء العلوي من عظم الساق الأعلى ويرجع إلى دوران دم معيب (غير سليم) ويؤدي ذلك إلى نخر أو موت الخلايا الغضروفية عند قمة عظم الساق العليا (سليمان، ١٩٩٧).

٥ تشوه مكونات العظام:

لهذه المشكلة الصحية مسميات عدة منها " هشاشة العظام " ، " العظام الهشة " ، " تموت العظام الناقص " ، " عدم اكتمال نمو العظام "، " مرض ديورانت " . ومهما تنوعت المسميات فهذا المرض هو نوع من الاختلال العظمي، نوع يتسم بتشوهات تُعزى إلى أن العظام هشة، قصيرة، لينّة، تتكسر نتيجة لإصابات بسيطة.

(Giltian,T2000)

ويُتّصف هذا المرض بعدم اكتمال نمو العظام بشكل طبيعي، مما يؤدي إلى قصرها وعدم اكتمال حجمها الطبيعي، إضافة إلى أنها تصبح هشة ولينة؛ مما

يجعلها قابلة للكسر من جراء أي إصابة بسيطة. والأمر المزعج في هذه الحالة أن العظام لا تعود إلى حالتها الطبيعية بعد الكسر. (السرطاوي وآخرون، ١٩٩٥)

٦- التهاب عظام المفاصل:

تحدث الإصابة بالتهاب عظام المفاصل لدى معظم الحالات خلال المرحلة العمرية الأولى المتوسطة أو المتأخرة من العمر لاسيما لدى الأفراد الذين يعانون من إصابات بالهيكل العظمي أو أمراض المفاصل أو الوزن الزائد. وتحدث الإصابة نتيجة عوامل بيوكيميائية تؤدي إلى إصابة الغضاريف ومنعها من القيام بواجباتها الطبيعية والمتمثلة في حماية العظام من بعضها بعضاً وبالتالي يحدث الاحتكاك ويلاحظ بروز الألم (سليمان، ١٩٩٧) .

٧- الخلع الخلقي لمفصل الفخذ (خلع الورك)

يُطلق عليه انخلاع مفصل الورك الولادي (Congenital hip Subluxation) باعتباره شكلاً من أشكال انفكاك مفصل الورك، ويكون جزئياً أكثر منه كلياً، أي إن عظم الفخذ يكون متحركاً من مكانه. وفي معظم الحالات قد لا تبدو الحالة واضحة قبل أن يغدو الطفل قادراً على المشي وبالتالي لا بد من العلاج المبكر، وإلا فإن الحالة تتطلب وضع مفصل ورك صناعي للطفل جراحياً. هذا التشوه قد يُصيب كلا المفصلين، وغالباً ما تقتصر الإصابة على مفصل واحد. وإذا ما تُرك الطفل حتى يمشي فإنه يعرج ويدب ناحية المفصل المخلوع نتيجة القصر الذي يطرأ على الطرف السفلي ناحية الخلع بالنسبة للطرف الآخر. أما في حالة خلع المفصلين فإن الطفل يمشي ويعرج ويدب على الناحيتين. ويمكن للألم أن تكتشف الحالة من خلال ملاحظتها لوليدها ومتابعتها له، فربما ساق أقصر من ساق، وهذه إحدى أهم علامات الخلع.

٨-التهابات المفاصل

لعله من الأهمية بمكان التعرف على الجهاز المفصلي لدى الإنسان؛ لأنَّ حركة الفرد تعتمد على أجيذة الجسم المختلفة وخاصة الهيكل العظمي والمفاصل المتوافرة داخل هذا الجهاز .

يتألف هذا الجهاز المفصلي من مجموعة من المفاصل المتناظرة في الناحيتين اليمنى واليسرى. وكلُّ مفصل ونظيره يختلفان اختلافاً كبيراً من ناحية الصفة التشريحية ومكوناتها عن أي مفصل آخر .

وتنقسم مفاصل الجسم إلى ثلاثة أنواع هي:

- **المفاصل الليفية:** النقطة التي تلتقي بها نهاية عظمة مع عظمة أخرى عبارة عن نسيج ليفي قوي. وهذا المفصل غير قابل للحركة ويوجد بين العظام المسطحة مثل عظام الجمجمة، وسرعان ما يتحول هذا النسيج الليفي إلى نسيج عظمي مع التقدم بالسن.
- **المفاصل الغضروفية:** وفيها يجمع بين نهاية العظمتين نسيج غضروفي ذو صفة معينة، وهي أيضاً غير قابلة للحركة؛ وإنما وجدت لتعطي مرونة أكثر لحركة الجسم.
- **المفاصل السينوفية:** وفيها يجمع بين نهاية العظمتين المكونة للمفصل غلاف. ويُبطن هذا الغلاف غشاء رقيق، ويُعرف بالغشاء السينوفي وهذا يشمل معظم مفاصل الجسم ومفاصل الأطراف كلها واليدين والقدمين (سليمان، ١٩٩٧) .

ويمكن أن تشير في ضوء هذه المعلومات عن التهاب المفاصل إلى أن التهاب المفاصل يعني حدوث التهاب في أي مفصل. وهذا الالتهاب قد يكون مصحوباً بتيبس العضلات والعظام التي تحيط بالمفصل. وهذه الحالة كثيراً ما تكون مؤلمة؛ حيث تؤدي إصابة المفاصل خاصة المزمنة منها إلى إتلاف العظام، الأنسجة، الأوعية الدموية المحيطة بها، وإتلاف الغضاريف والأعصاب وتتميز الإصابة

بتورم المفاصل والأنسجة والتهابها؛ مما يؤدي إلى ألم مستمر وتيبس في الأطراف المصابة، وبالتالي حدوث تشوهات جسمية وعاهات دائمة.

٩ - التهاب المفاصل الريحاني (الروماتيزمي)

هو أحد أنواع الالتهابات التي تصيب المفاصل وشبهه البعض بالروماتيزم لكونه مرضاً مزمناً يرتبط بتغيرات التهابية خلال أنسجة الجسم (عبد الحميد، كفاي، ١٩٩٥)

السبب الكامن وراء هذه الحالة غير معروف على الإطلاق، حيث تبدأ الإصابة بفيروس يصيب الجسم الذي يفتقد للمناعة الكافية لمقاومة هذا النوع من الفيروسات، هذا وتزداد الإصابة سوءاً عندما تحاول أنظمة الجسم الدفاعية المتمثلة في كرات الدم البيضاء التدخل للمقاومة وحماية الجسم من الفيروس، فتصبح محرضاً على زيادة حدة الإصابة بدلاً من حماية الجسم ومنع حدوث الإصابة. وأخيراً لا بد من التنويه إلى أن نسبة الإصابة بهذا المرض تزداد لدى الإناث مقارنة بالذكور .

١٠ - الشفة المشقوقة والشق الحلقى

قد يحدث شق الحلق بسبب إخفاق عظام الرأس في الالتحام التحاماً سليماً خلال النمو، وإذا لم يصحح هذا العيب جراحياً في الشهور القليلة الأولى من العمر فإنَّ الطفل قد ينمو ولديه عيب ما في النطق.

وتُعرف الشفة المشقوقة أو شق الشفة بأنه حالة تتميز بشق أو فتحة في الشفة العليا. أما الشق الحلقى فهو حالة تتضمن وجود فتحة في سقف الفم بحيث قد توجد في سقف الحلق الصلب (الحنك)، أو في سقف الحلق الرخو أو كليهما، كما تمتد غالباً للشفة العليا (سليمان، ١٩٩٧) .

وتبلغ نسبة الإصابة بالشفة المشقوقة (٠.٠٠٥) خمسة بالآلف . وعلى الرغم من أن لهذه الإصابة تأثيرات سلبية على الفرد المصاب نظراً للموقع الحساس

للإصابة فقد أكدت الدراسات الطبية أن الإصابة بها تعتبر بسيطة جداً مقارنة بقياساً بشق الحلق.

هذا ويترتب على الإصابات الشديدة من الإصابة بالشفة المشقوقة وشق الحلق آثارٌ سلبيةٌ تعيق الطفل وتحرمه من التفاعل الطبيعي مع أقرانه العاديين. ومن أهم تلك الآثار: الصعوبة في البلع (الطعام، الشراب) الأمر الذي قد يؤدي لاختناق الطفل، والصعوبة في التنفس، والصعوبة الحادة في النطق والكلام وذلك نتيجة إصابة الأنسجة الدقيقة المكونة للحبال الصوتية. ومن الأهمية بمكان التنويه إلى أن الإصابة بشق الحلق قد تصل للأذن الوسطى؛ مما يؤدي لفقدان السمع أحياناً. إلا أن التدخل العلاجي لحالات شق الحلق يُساعد على تجاوز محنة إصابة الأذن الوسطى.

١١ - الجنف (ميل العمود الفقري)

الجنف تلك الحالة التي ينحني بها العمود الفقري إلى ناحية من الجسم يصاحبه بعض الدوران في الفقرات؛ مما يؤدي إلى تقوس في الظهر مصاحب للانحناء، مما ينتج عنه انحناء تقوسي بالظهر (Kypho-Scoliosis). وكلما ظهر هذا التقوس بعمر مبكر كلما زادت درجة التشوه مع النمو، وفي بعض الحالات قد يكون هذا التشوه خلقياً، أي يترافق مع الطفل منذ المرحلة الجنينية، فتشاهد حالة الجنف مباشرة بعد الولادة.

أما الأسباب التي تؤدي دوراً في هذه الإصابة فإننا نجد أن معظم تلك الأسباب المؤدية إلى الإصابة بميلان العمود الفقري إلى أحد الجانبين معروفة، وتكثر هذه الإصابة عند الإناث منها عما لدى الذكور وخاصة في سن البلوغ؛ حيث تكون عظام الكتف في أحد الجوانب أعلى من الجانب الآخر، وكذلك يكون أحد عظام الفخذ أعلى من الجانب الآخر. (السرطاوي وآخرون، ١٩٩٥)

١٢- الكساح (لين العظام)

الكساح (لين العظام) مرض يُصيب الطفل في عمر مبكرة وبدقة قبل مرحلة الحبو والمشي وذلك في الأشهر الستة الأولى . وأهم أنواع مرض الكساح:

- عدم تعاطي الطفل للكمية الكافية من فيتامين (د) يسبب إصابته بمرض الكساح. والمصدر الرئيسي لفيتامين (د) الشمس.
- سوء امتصاص الأمعاء قد يكون السبب الكامن وراء نقص فيتامين(د) على الرغم من تعاطي الطفل لكميات وفيرة منه. حيث يعاني الطفل من سوء الامتصاص في الأمعاء، أو نتيجة سوء امتصاص الدهون من الأمعاء.
- هناك النوع المعاند لفيتامين (د) بالرغم من إعطاء الطفل الكميات اللازمة منه.
- هناك النوع الخاص بالكلى ويسمى لين العظام الكلوي، ويظهر هذا العيب في سن متأخرة وله أنواع كثيرة ، ولكن العيب الأساسي يقع بالكلى التي تفرز فوسفات الكالسيوم في البول والتي تقل نسبته في الدم الذي يسحب بدوره من مخزون الكالسيوم في العظام.

رابعاً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن أعطاب في العضلات:

يتضمن هذا النوع من الإعاقات الجسمية والصحية نوعان هما ضمور العضلات وضمور العضلات الشوكية. ولكن قبل أن نتناولهما بشيء من التفصيل لا بد من التعرف بداية على الجهاز العضلي.

١-لمحة عامة عن الجهاز العضلي

العضلة تركيب معقد جداً، تتكون من عدة ألياف تكتسب من خلال اتصالها بالجهاز العصبي توتراً معيناً، وبذلك هي قابلة للامتداد والانبساط بتأثير هذه الأعصاب.

تتقسم عضلات الجسم إلى قسمين:

• **القسم الأول:** يضم العضلات اللاإرادية التي تعمل دون تدخل الإرادة، ولا يدري الإنسان بعملها بالأحوال الطبيعية. ولهذه العضلات دور حيوي وهام وإن كنا لا ننتبه إليه مثل عمل عضلة القلب التي تعمل بلا توقف مدى الحياة إلى أن يموت الإنسان لسبب أو لآخر. وهناك عضلات أخرى تحيط بالشرايين والشريانات في الجهاز الدوري تنظم ضغط الدم، وهناك عضلات أخرى تحيط بأنابيب الجهاز التنفسي التي تنظم سير الهواء في القصبة الهوائية والشعب والشعبيات... وهناك عضلات لا إرادية مسؤولة عن تنظيم عمل الجهاز الهضمي وأي خلل فيها يؤثر على سير نظام جهاز الهضم.

• **القسم الثاني:** يضم العضلات الإرادية التي تعمل استجابة لإرادة الإنسان، ومن هذه العضلات عضلات الوجه التي تقوم بحركات تتسم بالدقة حيث تقوم بالتعبير عن المشاعر كالحزن والفرح والكآبة والخوف..... ونحن لن نغوص بالتفصيل ولكن على اختصاصي التربية الخاصة أن يدرك من جهة وأن يعرف تلك العضلات وماهية عملها كي يتمكن من التعامل معها تعاملًا علميًا ومدروسًا إذا ما اقتضت الحاجة.

٢ ضمور العضلات (أنواعها. أعراضها)

ضمور العضلات مرض متطور ومنتشر في جميع عضلات الجسم، وثمة من يطلق على ضمور العضلات مسميات عدة منها: فساد عضلي، لا سواء عضلي. وأطلق عليه (الدماطي، الشخص، ١٩٩٢): الضمور العضلي وعرفاه بأنه اضطراب وراثي يؤدي إلى فقدان الجسم لحيويته، كما يؤدي إلى تلفه وتحلله تدريجياً نتيجة توقف نمو العضلات أو تبدل النسيج العضلي وحلول نسيج دهني مكانه (الدماطي، الشخص، ١٩٩٢)

وصف المرض: يحدث في هذا المرض ضعف تدريجي لعضلات الطفل حتى تفقد القدرة على أداء وظيفتها بصورة سليمة. وبينت الدراسات أنه على الأغلب ما ينجم هذا المرض عن عوامل وراثية ناجمة عن (جين متنح مرتبط بالجنس). وغالباً ما يرث الطفل المرض من أمه التي يوجد لديها استعداد للإصابة ونادراً ما تُصاب الإناث بهذا المرض، وينحصر ظهور المرض بين (٢.٥ سنة) وبين (٧ سنوات). ومن مؤشرات الإصابة:

- ضعف العضلات وعدم رشاقة الجسم.
- تكرار السقوط والشعور بالتعب.
- في مراحل متقدمة من الإصابة يبدأ الطفل السير على مشط القدمين.

- يبدأ الجسم بالانحناء كي يعوض عدم القدرة على المشي.
- وأخيراً: اعتماد الطفل على الكرسي المتحرك في تنقلاته حتى سن المراهقة والتي غالباً ما يموت بها الطفل بسبب إصابة عضلة القلب أو الجهاز التنفسي (الشخص، وهبة، ١٩٩٥).

(أ) - أنواع الضمور العضلي

يشمل الضمور العضلي الأنواع التالية:

- فساد عضلي (نمط أوشين).
- فساد عضلي تضخمي كاذب.
- فساد عضلي طرفي حزامي.
- فساد عضلي لوحى عضدي أو فساد عضلي (لاندوزي . ديجيرين).
- فساد عضلي طرفي.
- فساد عضلي عيني.

- وأخيراً قد يُصاب المريض بنوعين أو أكثر من هذه الأنواع في واحد. وليست كل هذه الأنواع مسببة للعجز الكامل وليس هناك علاج معين لهذا الفساد (Best,2000) .

(ب)- أعراض الضمور العضلي

لهذا النوع من الإصابات نوعان من الأعراض هي:

- ب-١: **الأعراض المبكرة:** تظهر هذه الأعراض في حوالي السنة الثالثة من عمر الطفل ومن الملاحظات التي يلاحظها الأهل على الطفل وكمؤشر للإصابة:
- عندما يقف الطفل أو يمشي أو يركض فإنه يستخدم مشط قدميه أو رؤوس الأصابع بدلاً من استخدامه للقدم كاملة.
 - تعثر الطفل وسقوطه سقوطاً متكرراً.
- ولا بد من التنويه أنّ هذه الأعراض قد يعتبرها الوالدان وحتى الأطباء على أنها عرضية ويكتفى بالحاء الطبي.

ب-٢: **الأعراض المتأخرة:** توضح هذه الأعراض بداية المرض ومن أهمها:

- عدم قدرة الطفل على الوقوف ولا بدّ من ارتكازه على يديه وقدميه معاً.
 - تضخم وانتفاخ العضلات وحدوث تشوهات في القدم.
 - تمدد عضلات الفخذ وانحراف المفصل عن موضعه الأصلي.
 - تمدد عضلات الكتف والوجه وإصابتهما بالضعف.
 - ضعف عضلات الوجه السفلية.
 - وأخيراً إصابة عضلات الرقبة والهيكل العظمي بالتشوهات.
- (القربوتي وآخرون، ١٩٩٥)

٣- ضمور العضلات الشوكية

تعني كلمة ضمور (Atrophy) تدهور النمو في أحد أعضاء الجسم أو عضلاته وإصابته بالترهل وذلك نتيجة إصابته بمرض ما أو أمراض نتيجة

سوء التغذية. هذا بشكل عام، أما فيما يتعلق بحالة انحلال وضمور العضلات الخاصة بالنخاع الشوكي فهي تنتج عن تحلل وتلف الخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع الشوكي مما يؤدي لحالة وفاة مبكرة، والأسباب الكامنة وراء الإصابة حتى الآن غير معروفة إلا أن الوراثة تؤدي دوراً رئيساً بذلك حيث يحمل الوالدان خللاً في الجين المتنحي أو السائد (Best,2000).

أعراض الإصابة:

- تأخر مستمر في عمل العضلات المركزية والظرفية وتتشابه أعراضها مع أعراض الإصابة بضمور وانحلال العضلات.
 - ضعف عضلات الفخذ وما ينتج عنه من صعوبات في المشي والوقوف والجري، الأمر الذي يسبب الوقوع المستمر وعدم التوازن وكذلك الصعوبة في صعود الدرج أو نزوله.
 - ضعف في عضلات الظهر والكتف التي تسبب صعوبات في القيام ببعض المهارات الحياتية اليومية مثل تمشيط الشعر وغسل الوجه.
 - صعوبات في الأعصاب القحفية أو الجمجمية وبالتالي صعوبات في البلع والتنفس والنطق.
- ومع ذلك يمكن تمييز هذه الإصابة عن غيرها عندما تظهر الأعراض والخصائص التالية:

- ١- تشنج العضلات.
- ٢- عدم توازن الجسم.
- ٣- فقدان الإحساس.
- ٤- الصرع.
- ٥- تخلف عقلي عند بعض الحالات. (سليمان، ١٩٩٧)

خامساً: الإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن عوامل أخرى

١- الأطفال المقعدون

يُطلق لقب المقعدين على الأطفال الذين يعانون عيوباً أرثوياً (Orthopedic) أي شذوذاً تشريحياً أو وظيفياً للجهاز العضلي ولادياً كان أم مكتسباً. ويُقصد بالطفل المقعد كل طفل يقل عمره عن (٢٠) سنة، ويعاني من إصابة ناتجة عن عيوب خلقية أو مكتسبة تؤثر في استخدامه لأطرافه وعضلاته، فلا يستطيع أن يتنافس على قدم المساواة مع شخص آخر من نفس عمره. وتنتج هذه الإصابة عن عوامل مختلفة متعددة منها:

- عوامل شذوذ خلقية أو ولادية.
- أمراض معدية.
- اضطرابات في عملية الأيض (عمليات البناء والهدم).
- الكسور والجروح.
- أسباب متفرقة وغير معروفة.

ومن أهم حالات القُعَاد انتشاراً:

(i) - عيوب الهيئة (Postural Defects)

من أهم الأسباب الكامنة وراء رداءة الهيئة وعيوبها:

- ضعف الصحة العامة نتيجة سوء التغذية أو الإعياء أو تكون الإصابة لمدة طويلة بأمراض معينة كالتهاب اللوزتين...
- عدم اكتمال الوجبة الغذائية حيث تشتمل على مقدار كبير من الحبوب أو الطعام أو البطاطا... وتخلو من اللبن والفاكهة...
- عدم حصول الفرد على قسط وافر من الراحة والنوم مما يؤدي إلى إصابته بإعياء شديد.
- نقص الرياضة البدنية التي يمارسها الطفل في الأماكن المفتوحة....

- ارتداء ملابس وأحذية ضيقة أو غير مناسبة...
- جلوس الطفل لفترات طويلة في مقعد كبير بالنسبة له ولا يسند ظهره إليه أو تصل قدماه إلى الأرض.

ومن حالات عيوب الهيئة:

- حالات القدمين.
- التواء العنق.
- العيوب الفقارية.

(ب) - حالات ناشئة عن الجروح والإصابات المختلفة: ربما كانت معظم الحالات الشائعة هي الكسور التي يمكن تصنيفها عادة بالكسور البسيطة والكسور المركبة. وتنشأ بعض الحالات عن الحروق والتي تصنف لإصابات ناجمة عن حروق من الدرجة الثالثة أو من الدرجة الثانية أو من الدرجة الأولى. (سليمان، ١٩٩٧).

٢- عيوب عظمية شائعة: ثمة حالات مرضية شائعة ذات صلة مباشرة بالعظام نذكر منها:

١-٢- الإصبع الزنّاد: عندما ينثني إصبع المصاب يبقى كما هو في حالة الثني لفترة لا بأس بها من الزمن وعند يعود لوضعه الطبيعي يسمع المصاب صوتاً يشبه صوت الزناد في حركته. وتعالج الحالة بأدوية الروماتيزم المضادة للالتهاب وقد يتطلب الأمر التدخل الجراحي.

٢-٢- ضيق النفق الباسط للإبهام: هذه الحالة عبارة عن ضيق يحدث في مدخل القنطرة التي تمر من تحتها الأوتار الباسطة أو الفاردة للإبهام عند أسفل عظمة الكعبرة فوق الرسغ مباشرة ، وتسمى (الالتهاب التضيقى للأنفاق). ويشكو المريض من ألم في هذه المنطقة وخاصة عند استعمال الإبهام أو الشد عليه، وغالباً ما تحدث عقدة بسيطة في حجم حبة الفول في هذه المنطقة نتيجة للالتهابات الروماتيزمية التي تحدث تليفات في هذه القنطرة مع ضيق ولذلك يسمى بـ " الالتهاب التليفي التضيقى". وفي معظم الحالات العلاج بالجراحة.

٣-٣- تتميل وخذلان الأصابع والعصب المتوسط باليد: يشكو من هذه الظاهرة الكثيرون. فالعصب المتوسط الذي يغذي إحساس الإبهام والسبابة والوسطى باليد يمر مع الأوتار القابضة المحركة للأصابع في نفق أمام الرسغ، وأي ضيق في هذا النفق يؤثر على العصب المتوسط ويهيجه وذلك لحساسية العصب مما قد يحدث هذه الأعراض التي يشكو منها المريض.

٣-تشوه الوجه

تشوه الوجه هو أي تشويه أو شذوذ أو سوء تكوين للملامح الوجهية يُعزى إلى المرض أو الشذوذ الخلقي أو الولادي أو الإصابية (عبد الحميد، كفاقي، ١٩٩٠) وقد تشكل تشوهات الوجه عائقاً خطيراً للحياة الناجحة كما هو الحال في الإعاقات الجسمية الأخرى. وهناك طرق متعددة لتصنيف تشوهات الوجه منها:

٣-١- تصنيف قائم على أساس النوع: ويشمل أحد تشوهات في (الأنف، الأذن، العين، بداية الشعر، الفك، شلل الوجه أو آثار جروح بالوجه، خليط لأكثر من واحد من الأنواع السابقة).

٣-٢- تصنيف تشوهات الوجه على أساس خطورة الإصابة حسب التقدير الذوقي: إلى الدرجات الأربع الآتية: الطفيفة، المتوسطة، الملحوظة، الخطيرة.

٣-٣- تصنيف مبني على أساسين مصدرهما طبيعة العاهة نفسها إذ تكون خلقية أو مكتسبة: ويحتمل أن تكون العاهة خلقية غير واضحة عند الولادة إلا أنها تظهر بلاء حينما يكبر الشخص كما هي الحالة عندما يكون حجم وشكل الأنف غير طبيعيين، إذ لا يظهر هذا الشذوذ إلا في مرحلة بلوغ الفرد سن المراهقة، أما العاهة المكتسبة فإنها تكون نتيجة للمرض أو للحوادث...

٤-الرقاص (الكوريا)

الرقاص عبارة عن اهتزازات لا إرادية، نمطية قد تصيب الوجه أو الفم وتتحرك مقلة العين من ناحية لأخرى، ويتحرك الرأس على أثرها، وفي الحالات الشديدة تصيب هذه الحركات الأطراف. ومن أهم أعراض هذا المرض:

- الكوريا المتمايلة: عبارة عن عرض هستيري يتألف من إيماءات إيقاعية.

- الكوريا الوثبية: نوع من الكوريا يتسم بقفز غير إرادي، قد يكون إيقاعياً أو غير منتظم.

- حركات كورية: وهي حركات شبيهة بحركات الرقص، لا تتكرر ذات طبيعة عشوائية وغير منتظمة.

- داء الرقص: نوع من الكوريا يعجز فيه المريض عن الإبقاء على أي مجموعة من العضلات في وضع ثابت، وغالباً ما يعوق هذا الجهد حركات بطيئة ملتوية لا غرض لها.

وثمة أعراض أخرى قد تصاحب هذا المرض:

- (أ) - تأثر المضغ والبلع لدرجة اضطرار المصاب لتناول الطعام صناعياً.
- (ب) - ارتخاء عام في جمع عضلات الجسم.
- (ج) - ثقل الكلام لتخرج الكلمات منقطة وعلى شكل انفجار.
- (د) - ازدياد الأفعال العصبية المنعكسة في الدرجة عن الحالات الطبيعية.
- (هـ) - حالات انفعالية قلق و غير مستقرة .
- (و) - أحياناً يعاني الفرد المصاب من إحدى حالات الاضمحلال العقلي (سليمان، ١٩٩٧).

٥- الجذام

الجذام مرض معد ناجم عن بكتريا نوعية، والعلامة الأولى للمرض وجود بقعة أو لطفة مع فقدان الإحساس عند المركز، وقد يتبع ذلك تلف في الأعصاب مما يؤدي إلى تشوهات كاسترخاء القدم.... ومن الأسباب الجوهرية لهذا المرض

العدوى؛ حيث ينتقل المرض باللامسة المباشرة كالمصافحة وارتداء الملابس... وهناك خمس علامات أساسية لمرض الجذام هي:

٥-١- يفقد المريض الإحساس باللمس والحرارة: فجلد المصاب يفقد الحساسية في كثير من المواضع وخصوصاً في الأطراف فلا يميز بين الأجسام الساخنة أو الباردة. وهذا العرض من أهم أعراض الجذام.

٥-٢- البقع الجلدية: حيث تظهر على الجلد بقع لونها أفتح قليلاً من اللون الطبيعي وقد تكون هذه البقعة متباعدة عن بعضها أو متصلة ولكنها ليست بيضاء كالبرص.

٥-٣- الدرنات والأورام تظهر على الجلد أورام في الأطراف فتبدو منتفخة ومحتقنة، ويصبح الجلد نحاسي اللون سميكا وتنتشر على الوجه والجذع والأطراف عقد أو درنات في حجم حبة الحمص.

٥-٤- سقوط شعر الحاجبين: كثيراً ما يسقط شعر الحاجبين تدريجياً فيكتسب الوجه بذلك شكلاً خاصاً يلفت النظر.

٥-٥- تآكل الأصابع وانتفاها: يبدأ الانتفاء أولاً في الإصبع البنصر من أحد اليدين أو كليهما، ثم يمتد إلى بقعة الأصابع، ويطلق على اليد في هذه الحالة اليد المنقلصة.

وللجذام ثلاث صور وأشكال يظهر من المرض من خلالها على النحو التالي:

- جذام عصبي: هو الذي تفقد فيه الأعصاب حساسيتها، وتحدث فيه أعراض اليد المنقلصة وسقوط شعر الحاجبين والبقع الجلدية المتغيرة اللون وتفق في الأصابع.
- جذام درني: وهو الذي تظهر فيه الأورام والعقد وتتضخم فيه ملامح الوجه، وهذا النوع أخطر أنواع الجذام.
- جذام مختلط: وهو الذي تظهر فيه جميع الأعراض السابقة المشار إليها، وهو لا يقل خطورة عن النوع الدرني.

٦- النشاط الزائد

تم التعرف على ما أسماه أحد المهتمين بالنشاط الزائد (Hyperactivity) من ما يزيد عن القرن. وكان (هنري هوفمان، ١٨٤٥) أحد أهم أطباء الأطفال الألمان الذين تناولوا هذا الاضطراب، وما زال الوصف الإكلينيكي لهذا الاضطراب والذي وضعه (هوفمان) هو الوصف الأكثر انتشاراً ودقة.

دراسات عدة تناولت هذا الاضطراب، متخصصون عديدون تناولوه من جوانب متعددة إلا أن الدراسة التي أجريت عام (١٩٦٦) على يد الباحث (شاجر) حول الخصائص أو الصفات التي يتصف بها أطفال النشاط الزائد بينت أن (٧٠%) من المدرسين والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين وأطباء الأطفال يتفقون على عدد من الصفات التي تميز هؤلاء الأطفال، ومن أهم تلك الصفات القلق، وعدم القدرة على الجلوس في مكان واحد لفترة مقبولة من الزمن، وسهولة تشتت الانتباه. فريق آخر من العلماء ذهب إلى اعتبار مشكلات تركيز الانتباه مؤشراً هاماً وأساسياً للنشاط الزائد.

بصورة عامة هناك ثلاث خصائص أساسية تمثل مظاهر السلوك المتكرر عند من يعانون من فرط النشاط وهي:

- المستوى المرتفع من حيث النشاط الحركي بصورة غير مقبولة.
- عدم القدرة على الانتباه لمثير غير مرغوب به في موقف معين، وهذا ما يعبر عنه بسرعة القابلية لتشتت الانتباه.
- الاندفاعية، أو سرعة القابلية للاستجابة للمثيرات دون حساب لما يترتب على ذلك من نتائج.

مما سبق نقول: النشاط الزائد اضطراب غير مرضي وإنما عرض (Symptom) من الأعراض التي تسبب لدى الطفل مشكلات حركية وتحصيلية وسلوكية. وتبرز أعراضه بين (٦-١٠ سنوات) وهي المرحلة العمرية الأكثر بروزاً من حيث مراجعة الأطباء للعلاج.

ومن أكثر الأعراض انتشاراً لدى الصغار الذين يعانون من فرط النشاط:

١- تشتت الانتباه (Inattention):

يتصف الطفل بأنه مشتت الانتباه إذا برزت عنده ثلاث خصائص مما يلي:

- (أ)- الفشل في إنهاء الأشياء التي بدأ بها.
- (ب)- لا يسمع ما يقال له في معظم الأحيان.
- (ج)- يشتت انتباهه بسهولة.
- (د)- يجد صعوبة بالتركيز على عمله المدرسي والمهام الأخرى التي تتطلب مواصلة الانتباه.
- (هـ)- يجد صعوبة بالاستمرار في النشاط أثناء اللعب.

٢- الاندفاعية (Impulsivity)

يوصف الطفل بالاندفاعية إذا كان سلوكه يتصف بثلاث صفات من الصفات التالية:

- (أ)- يتصرف الطفل دون أي تفكير في معظم الأحيان.
- (ب)- يتحول نشاطه من عمل لآخر بشكل دائم.
- (ج)- يجد صعوبة في تنظيم عمله، والسبب في ذلك لا يعود لضعف معرفي.

- (د)- معظم الأحيان بحاجة لتقديم يد المساعدة أثناء وجوده بالصف.
- (هـ)- لديه صعوبة بانتظار دوره في الألعاب أو المواقف الاجتماعية.

٣- النشاط الزائد (Hyperactivity):

يوصف الطفل بالنشاط الزائد إذا كان سلوكه يتصف بصفيتين من الصفات التالية:

- (أ)- يجري ويتسلق على الأشياء بكثرة.
- (ب)- يتحرك كثيراً وهو جالس.

(ج) - يجد صعوبة في الاستمرار في الجلوس.

(د) - يتحرك كثيراً أثناء النوم.

(هـ) - دائماً يبدو وكأنه على سفر .

وأخيراً ننوه بأن هذه الأعراض تبدأ بالظهور قبل عمر السادسة وتستمر لسنة أشهر على الأقل. ولا تعود أسبابها للفصام أو لاضطراب انفعالي أو لضعف عقلي حاد.

٧-الإصابات الصحية

عديدة هي الإصابات الصحية التي قد يواجهها الفرد المعوق جسماً وصحياً إضافة للإعاقة التي قد يعاني منها. ومن أهم تلك الإصابات (اخذين بعين الاعتبار عدم الإسهاب بها، وسنكتفي بالمعلومة التي تُفيد المتخصص بالتربية الخاصة ولا سيما من جانب تأهيله المهني):

٧-١ الربو (الأزمة الصدرية)

الربو من أكثر الحالات الصحية شيوعاً لدى الحالات الجسمية والصحية ولاسيما في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد أطلق عليه الأطباء " الربو الطفولي" كونه يرافق الفرد من عمر مبكرة حتى يبلغ الطفل سنته الثانية عشرة.

الربو عبارة عن اضطراب تُصاب أثناءه الشعبُ الهوائيةُ بتشنجات تقلصية مرافقة للبلغم؛ الأمر الذي يولد حالة لُهاث وتنفساً عسيراً يسبب نوعاً من الصفير . وعلى الرغم من الأعراض الفيزيولوجية الواضحة للعيان إلا أن جماعة التحليل النفسي نظروا لهذه النوبات على أنها صيحة استجداء من شخص اتكالي يطلب المساعدة بسبب علاقته المثيرة مع الأم. أمّا السبب الحقيقي الكامن وراء نوبات الربو فقد يَكُون مادة مولدة للأرجية كغبار الطلع أو الغبار أو اللقاح التي تفرزها الأزهار وخاصة خلال موسم التزاوج (سليمان، ١٩٩٧، عبد الحميد وكفافي، ١٩٨٨)

أما (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥) فقد رأوا أنَّ النوبة الصدرية الناجمة عن حالات الربو تنتج عن:

- ضيق القصبة الهوائية بسبب تصلب العضلات المحيطة بالإطار الداخلي للقصبة الهوائية.
- تضخم الأنسجة الداخلية للقصبة الهوائية الذي ينتج عن توسع الأوعية الدموية التي تمرَّ بجدار القصبة الهوائية.
- زيادة السائل الذي تفرزه القصبة الهوائية. (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥)

قد تحدث الإصابة بأي وقت بعد الولادة بحيث تنتج عن عوامل سوء التغذية أو لظروف بيئية غير مناسبة للطفل كأن يكون وأسرته في مكان بارد وجاف ورطب (كالسكن بالقبو والأماكن المغلقة التي لا تدخلها الشمس والتهوية السيئة). وتبدأ الإصابة عادة بالتهابات معينة تصيب الجهاز التنفسي أو نتيجة التعرض للمثيرات البيئية أو نتيجة للحساسية الزائدة... مما يؤدي إلى صعوبة ومشقة واضحة بالتنفس. وذكرت الأدبيات الطبية أنَّ حالات الإصابة الشديدة يصحبها زرقة في أطراف الأصابع والشفيتين وإصدار صفير خلال التنفس، إضافة للقلق وعدم القدرة على النوم بشكل عادي نتيجة السعال المستمر (Jayaskank.2003)

بعض مدارس النفس - الجسمية ربطت بين الربو والتثبيث (النكوص) ومن أهم المدارس التي ربطت بين هاتين الحالتين مدرسة (باريس لأمراض النفس - الجسمية) حيث بينت أنَّ الاضطرابات العصبية يمكنها أن تؤدي إلى الإصابة بالربو، ومن أهم تلك الاضطرابات كما ذكرتها "مارتي" : الربو الأساسي، والربو المتراوح، والربو الطباعي.

تختلف انعكاسات الربو على سلوك المريض باختلاف المرض وباختلاف نسبة تكرار نوباته ففي دراسة للباحث (تيسر، Tessier) بينت أنَّ المصابين بالربو الخفيف أكثر تفوقاً من أقرانهم الأصحاء أما المصابون بحالات ربو متقدمة

فيكونون أقل إنتاجاً من الأصحاء؛ وبالتالي حدة الربو هي التي تقرر قدرة الحالة على التكيف الاجتماعي (Jayaskank.2003).

٧-٢: التليف المراري / الكبدي

يسميه البعض " الكيس التليفي " ،وهو عبارة عن مرض وراثي صبغي متنح يتسم باختلال وظيفي للغدد خارجية الإفراز مع تراكم مفرط للمادة المخاطية في الشعيبات الهوائية وفي القناة البنكرياسية ومسارات جسمية أخرى.

وذكر (الدماطي والشخص، ١٩٩٢) أنَّ حالة التليف المراري من الأمراض الوراثية الشائعة بين الأطفال والتي تؤثر على كافة أنحاء الجسم وخصوصاً الرئتين والبنكرياس؛ حيث تؤدي الإفرازات المخاطية الشاذة إلى إعاقة الوظائف البدنية وخاصة قدرة الجسم على تنظيف الرئتين؛ ممَّا يؤدي إلى سعال مفرط وشديد (الدماطي، الشخص، ١٩٩٢) .

٧-٣: أمراض القلب

القلب عبارة عن عضلة، ويسميه البعض العضو المجوف الذي يتمركز في الجانب الأيسر من مقدمة القفص الصدري، وهو أكبر قليلاً من قبضة اليد ويزن أقل من رطل.

هذه العضلة عبارة عن مضخة ذات عضلات يتحكم فيها العصب الجمجمي الدماغى العاشر المتعدد الوظائف، كما أنه السبيل لتنظيم الجهاز الذاتى لوظائف الجهاز الوعائى القلبى والجهاز المعدي المعوي. وينقسم القلب إلى أربع غرف يضخ الدم خلالها، وتساعد ما مجموعة من الصمامات التي تتفتح وتغلق لتسمح بسرير الدم.

ويتعرض القلب كغيره من أجهزة الجسم لاضطرابات تؤثر على أدائه، وبالتالي قد يسبب ذلك موت المريض. وأي خلل لبنية القلب أو أي تلف لجدرانه أو أي انحراف لوظيفة ما من وظائفه يمكن أن تسبب عجزاً للقلب.

يمكن القول إن المقصود باضطراب القلب: أي مرض أو عيب يتدخل في وظائف القلب ويحول دون أدائها على النحو السوي والسليم. والأشخاص الذين يصابون بمرض في القلب يواجهون مشكلة فزيولوجية أساسية (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

٧-٤: مرض السكر (السكري)

مرض السكر من أشهر الأمراض المرتبطة بأخطاء التمثيل أو الأيض، وهو مرض وراثي ينتقل ضمن المجال الواسع للأسرة على الرغم من أن آلية انتقاله الوراثية ما زالت موضع خلاف بين الباحثين والمهتمين. وما يعيننا نحن المختصين بمجال التربية الخاصة أن نعلم أن هناك ثلاث فترات عمرية تكثر فيها الإصابة بهذا المرض. فيصاب الأطفال بمرض السكر بين سن الثامنة والثانية عشرة، وتتطور أعراضه بسرعة والتي من السهل ملاحظتها. وتشكل نسبة الأطفال المصابين بمرض السكر في هذا العمر حوالي ١٠٪ من مجموع المرضى المصابين بهذا المرض. أما حالات مرض السكر التي تحدث في الفئة العمرية بين سن الأربعين والخمسين فتتعدى هذه النسبة، ويكون اندلاع المرض أكثر بطأً، أما الفترة العمرية الثالثة التي يندلع بها المرض فهي في سبعينيات العمر. ويرى (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥) أن السكر اضطراب يصيب الفرد في أي مرحلة عمرية؛ بحيث تقل فيها استفادة الجسم من مصدر الطاقة المتمثلة بالسكر مما يؤدي إلى مشكلات في هضم المواد الكربوهيدراتية والبروتينية والدهنية (سليمان، ١٩٩٧).

٨- الأصابع الملتصقة أو الزائدة

هل يمكن اعتبار الأصابع الملتصقة من الإعاقات الجسمية والصحية؟ سؤال واجهنا ونحن نخط سطور هذه الفقرة ليتضح لنا أن القلق من المراجع أكدت على اعتبار هذه الإعاقة من الإعاقات الجسمية والصحية انطلاقاً من أنها تحد الفرد المصاب

من استخدام أصابع يده أو قدمه بالشكل الأمثل، ومن جهة ثانية تمّ التأكّد من ثبات العامل الوراثي في هذه الإعاقات والتشوهات كما يطيب للبعض تسميتها. فالأب أو الأم أو أحد الجدين أو كليهما يحمل هذا العامل المورث على الكروموزومات الوراثية الخاصة في الحيوان المنوي للأب أو البويضة للأم. وتبين من دراسة السجل العائلي للأسر التي تعاني من هذه الإعاقات أنها تحمل أصابع زائدة أو أصابع ملتصقة لأجيال عدة.

وعلاج الأصابع الزائدة سهل إلى حد كبير، حيث يتم استئصاله /سواء باليد أو القدم/ وتنمو اليد أو الشكل لتأخذ شكلها الطبيعي. أما في حالة الأصابع الملتصقة والطفل صغير والإصبع دقيق ورقيق بنفس الدرجة فيتعيّن على الطبيب بهذه الحالة تأجيل العمل الجراحي. فيكون لديه عندئذ نسبة معقولة من الجلد يمكن استخدامها في عملية الفصل. وقد أكدت الأدبيات أهمية دور طبيب التجميل بذلك.

٩- النقرس

سمي أيضاً بداء الملوك؛ لأنه كان يصيب الملوك والمشاهير والعظماء؛ لأنهم يأكلون نسبة عالية من اللحوم مما يسبب زيادة حامض (البوليك) في الدم، والذي تترسب بلوراته بالمفاصل، فتسبب آلاماً مبرحة وصعبة وبشكل خاص في القدم، وهذه الآلام تعتبر أعراضاً مميزة للمرض.

أما في عصرنا الحديث فيعتبر النقرس مرض الأغنياء والفقراء معاً؛ لأنّ استعداد الجسم للإصابة أصبح واضحاً كمرض السكر تماماً.

هذا المرض مرض وراثي، وهو نوع من التهاب المفاصل يشتم بمستويات عالية من (اليوريك أسيد) في الدم، مع تراكم أملاح اليورات في المفاصل. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن إصابة النساء به نادرة، ومع ذلك لا تبرز أعراضه خلال العقود الثلاثة من العمر لكلا الجنسين.

من أهم أعراضه ألم شديد والتهاب وورم المفصل المصاب، والنقرس المزمن قد يسبب تلفاً للكلية وللمفاصل، لذلك يسميه البعض التهاب المفصل النقرسي (Gouty Arthritis).

إن بلورات (حامض البوليك) لا تترسب في المفاصل فقط بل قد تترسب في الأنسجة حتى الرخوة منها والموجودة تحت الجلد، حيث تتكلس وقد تسبب تقرحاً. أما في حال ترسبها بالكليتين فقد تسبب تشكّل الحصى. لذلك قد يصيب النقرس المفصل الكبير كمفصل الركبة أو أي مفصل صغير كمفصل إصبع القدم الكبير.

١٠ - المصابون بالحوادث والحروب والكوارث الطبيعية

ثمة إعاقات ليس بالضرورة أن يُصاب بها الفرد جراء عوامل وراثية جينية أو عوامل أثناء أو بعد الولادة مباشرة .

فثمة إعاقات تنجم عن عوامل أخرى مثل تلك الإعاقات التي تنجم عن:

- الحوادث المرورية أو الحوادث العرضية في المنزل أو الأماكن العامة.

- الحروب والتي غالباً ما تسبب إعاقة جسدية أو نفسية.

- الكوارث الطبيعية والتي تسببها البراكين أو الفيضانات أو الزلازل

وكذلك الهزات الأرضية... (عبد اللطيف، ٢٠٠١).

الفصل الرابع

التدخل المبكر ودوره في الوقاية من الإعاقات الجسمية والصحية

د. آذار عبد اللطيف

يُعَدُّ التدخل المبكر من أهم الخطوات الواجب التفكير بها والتخطيط لها فيما لو أردنا الحد من ازدياد نسب الإعاقة وفق أي تصنيف من تصنيفاتها. والدول المتقدمة التي خططت واقعياً للتدخل المبكر وفق أسس علمية مدروسة توصلت إلى نتائج بناءً بالنسبة للعديد من حالات الإعاقة. بالنسبة للجمهورية العربية السورية فقد كانت من أهم الدول التي خططت للحد من انتشار شلل الأطفال وفق حملات التلقيح المدروسة، وتمكنت من التوصل للنتيجة المرجوة؛ حيث سُجِّلت آخر حالة للإصابة بشلل الأطفال بناءً على تقارير وزارة الصحة في عام (٢٠٠٠). إن هذه النتيجة وسواها تعطينا مؤشراً هاماً وواضحاً للدور الإيجابي الذي يمكن أن يؤديه التدخل المبكر في الحد من نسب الإعاقة.

أولاً: مفهوم التدخل المبكر

غدت المجتمعات الإنسانية أكثر قدرة من ذي قبل على الكشف المبكر عن الأطفال المعوقين أو من لديهم حاجات خاصة وهم في عمر مبكرة. وذلك من ناحية تطور مستوى المعرفة بالعوامل المسببة للإعاقة وبالعوامل الخطر المرتبطة بها. ومن ناحية ثانية أصبح بالإمكان حالياً اكتشاف بعض أنواع الإعاقة أثناء مرحلة الحمل من خلال فحص السائل الأمينوسي /على سبيل المثال/. وبالتالي يمكن القول أنه كلما كانت الإعاقة شديدة كلما كان احتمال اكتشافها أكبر. هذا ومن الطبيعي أن يقود الاهتمام ببرامج التدخل المبكر إلى تطوير أدوات الكشف المبكر عن التأخر النمائي وحالات الإعاقة حيث بالكشف المبكر يتم تحديد

الفئات المستهدفة من برامج التدخل المبكر . وهنا نفوه إلى أن الكشف يختلف عن التشخيص، فهو يعني فرز الأطفال الذين يحتاجون إلى دراسة معمقة.

من الأهمية بمكان التعرف إلى الأطفال الذين يحتاجون أو قد يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة أو إلى خدمات المساندة بأسرع وقت ممكن، ليتم إحالتهم للجهات المهتمة والمتخصصة بمشكلاتهم الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية والمهنية... وذلك بهدف تحديد مدى حاجتهم إلى التشخيص المكثف وإلى البرامج العلاجية في وقت مبكر .

ومن المعروف بأن الإحالة (Referral) تعني توجيه الحالة إلى الاختصاصي بشكل رسمي لتقييم حالتها وحاجاتها، وذلك بناءً على ظهور علامات ومؤشرات إلى أن الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن.

وتبدأ حالة الإحالة من خلال الانطباعات التي تتشكل لدى المشرفين على الطفل داخل الأسرة أو المدرسة. وتتمثل تلك الانطباعات بأن لدى الطفل مشكلات تستدعي الانتباه والدراسة. هذه المشكلات قد تكون في النمو اللغوي أو الصحي أو السمعي أو البصري أو السلوكي أو الاجتماعي... وبعد ذلك يتم بذل جهود كافية للتحقق من وجود أو عدم وجود مشكلات حقيقة لهذا الطفل.

وإذا ما توصلت نتائج دراسة الطفل بأنها حالة تستدعي التدخل المبكر يجب التشاور مع والده أو ولي أمره للحصول على الموافقة ببدء إجراءات التقييم الشامل. وتوضيح الأمر لهم بأن هذا التقييم يهدف إلى تحديد طبيعة الخدمات الخاصة التي يحتاج إليها . ومن ثم يجب إطلاع ولي الأمر على نتائج التقييم بهدف توضيح أهمية الانطلاق بوضع خطة العلاج المناسبة.

ويُقصد بالتدخل المبكر بمفهومه العام الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة.

لا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي. فبعد إجراء عمليات المسح أو التشخيص الضرورية بهدف الكشف عن الأعراض الدالة على الاعتلالات والاضطرابات في مختلف الجوانب الجسمية والصحية يمكن لكل من الجهات المعنية تقديم الخدمات اللازمة وفق حاجات الأطفال المصابين وخصائصهم الفردية.

وبالنسبة للرعاية المبكرة فإنها تشمل أيضاً الحالات الأكثر عرضة للإصابة أو أولئك الأطفال الذين لم تكن إعاقاتهم ظاهرة، وإنما يستدل على احتمال وجود مشكلات مستقبلية لديهم من خلال تتبع ظروفهم الأسرية والبيئية وبعض الظروف الأخرى التي تجعل منهم أطفالاً أكثر عرضة للإصابة مثل / الأطفال الذين ينحدرون من بيئات اجتماعية وأسرية فقيرة ومفككة أو المحرومين ثقافياً أو الذين يولدون غير مكتملي النمو أو ناقصي الوزن أو من تعرضوا أثناء فترة حملهم وولادتهم إلى إصابات معينة (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨) .

هذا وتبرز أهمية التدخل المبكر لحالات الإعاقات الجسمية والصحية من النقطتين التاليتين:

١- تقييم الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

قد يعاني الأفراد من ذوي الإعاقات الجسمية والصحية من حالة تدنٍ بالقدرة العامة على القيام ببعض الأعمال، بحيث يكون السبب الكامن وراء ذلك أن قدرتهم على الحركة والتوازن محدودة بدرجة شديدة.

ويُعَدُّ التقييم لدى المختصين التربويين عنصراً أساسياً لبناء أي برنامج تربوي للطلبة سواء أكانوا من الطلبة العاديين أم من الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. فالتقييم ضروري لتطوير البرامج الفعالة وهو يوفر التغذية الراجعة .

ويجب أن يكون التقييم ببرامج التربية الخاصة مستمراً كونه يسهم في تحديد مستوى الطفل المصاب من الناحية التربوية، كما أنه ضروري لتحديد الوضع التعليمي المناسب ولإعادة النظر في هذا الوضع بين الفينة والأخرى.

انطلاقاً من ذلك نقول إن التقييم يشكل القاعدة اللازمة لتحديد:

- المدة الزمنية للبرنامج الذي يحتاجه الطفل المصاب ويتناسب معه.
- ماهية الأهداف السنوية والأهداف التعليمية سواء أكانت طويلة المدى أو قصيرة المدى.

- الخدمات المساندة اللازمة للطفل ليتسنى تحقيق تلك الأهداف.

(Bailey&Wolery,2000)

ولقد لخص (كارتررايت ورزملانه، ١٩٨٩) وظائف التقييم في التربية الخاصة على النحو التالي: (مازالت العديد من المدارس تتبنى هذه الوظائف)

- الكشف: ينصب الاهتمام فيه على علامات الخطر التي تعني أن وضع الطفل النمائي غير مطمئن.

- التشخيص: وهي مرحلة تلي مرحلة الكشف، وتتضمن إجراء دراسة معمقة وموسعة للطفل لتحديد إذا كان لديه مشكلة فعلاً، وتحديد طبيعتها وربما أسبابها.
- التخطيط للبرامج: إن المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال التقييم ضرورية لتحديد طبيعة البرنامج التربوي المناسب للطفل وكذلك الخدمات المساندة اللازمة له.

- تحديد الوضع التعليمي: بناء على التقييم يمكن اتخاذ القرار المناسب حول البرنامج والمكان الذي سيتم تنفيذه فيه.

- متابعة التقدم: من خلال المعلومات تتم متابعة التغيرات التي تطرأ على أداء الطفل المصاب وفي ضوء ذلك يتم إجراء التعديلات اللازمة على البرامج والخدمات المقدمة (عبيد، ٢٠٠١) .

٢- تحديد نوع برنامج التواصل / مجالات التقييم/

من الأنسب تقييم عدد من الجوانب ذات الصلة المباشرة بشخصية الطفل المصاب من جوانب عدة أهمها:

- مستوى المهارات المعرفية.
- القدرة على استقبال واستيعاب اللغة.
- القدرة على النطق.
- القدرة على استخدام اللغة.

ومن جهة ثانية هل يشبع الطفل حاجاته من خلال التواصل بإحدى المجالات التالية:

- لإيصال المعلومات للآخرين.
- لاستقبال معلومات من الآخرين.
- لوصف فعاليات أو أنشطة قائمة.
- للطلب من الآخرين لتصديق شيء.
- للتعبير عن مشاعره ونواياه.
- للتعبير عن استعداده لمزيد من التواصل.
- لحل مشكلة.
- للترفيه والتسلية.

ومن الأهمية الانتباه إلى دافعية الطفل نحو التواصل والإفصاح عن النفس أخذين بعين الاعتبار ما يلي:

-إذا ما كانت طلبات الطفل تلبي من قبل الآخرين حوله دون عناء، فإن ذلك سيكون مثبطاً له ومقللاً للدافعية التي يفترض توافرها لتشجيع الطفل على التواصل.

-بما أن التفاعل والتواصل مع الأطفال المعوقين وخاصة المعوقين إعاقة شديدة يتطلب جهداً مضاعفاً فعلى المعنيين ملاحظة هذا الأمر، وبالمقابل يجب أن يحرصوا على عدم ترك أي آثار سلبية أو منفرة للطفل، وذلك كي لا يُصاب الطفل

بالصدمة، ويمنع من التواصل وينسحب من المواقف التي تحتوي على تفاعل خشية أن يزعج من حوله بما يسببه من ذلك من إجهاد لهم.

-في حال حدوث الأمور السابقة لا بد من بذل قصارى الجهد من قبل العاملين مع الطفل بهدف إعادة بناء الدافعية لديه وخاصة الدافعية نحو التواصل وتنميتها باعتبارها الخطوة الأولى نحو النجاح في أي برنامج تدخل مبكر (Meyers, 1999).

ثانياً: الأسباب المبررة للتدخل المبكر

ثمة فرق واضح بين التدخل المبكر والكشف المبكر عن حالات الإعاقة. وبالواقع/وكما أشرنا سابقاً/ يتعامل بعضهم مع هذين المصطلحين على أنهما مترادفان إلا أنه وبالواقع هما متكاملان أي إن أحدهما يسبق الآخر. وبدقة علمية الكشف المبكر للإعاقة تسبق إجراءات التدخل المبكر.

انطلاقاً من ذلك ثمة ضرورة لتبيان المبادئ الأساسية للكشف والتي تغني حالة التدخل المبكر. ومن أهم تلك المبادئ:

-يجب أن يحصل الأشخاص القادرون على القيام بمهام الكشف عن الأطفال الصغار في السن وتقييمهم على تدريب مكثف وشامل.

-يجب أن تتمتع إجراءات الكشف والتقييم بدلالات صدق وثبات كافية.

-يجب تنفيذ الكشف النمائي والصحي للأطفال الصغار دورياً. إذ إن الكشف عن الأطفال في عمر مبكر لمرة واحدة لا يكفي.

-يجب النظر إلى الكشف النمائي والصحي باعتباره وسيلة واحدة من عدة وسائل يمكن الوصول من خلالها إلى تقييم معمق وشامل.

-من الأنسب التعامل مع الكشف والتقييم على أنهما خدمات بحد ذاتهما وكجزء من الجهود التعليمية والتأهيلية، وليس كمجرد وسائل للتعرف والقياس.

-يجب أن تشمل عمليات الكشف والتقييم على مصادر متعددة للمعلومات.

- يجب أن تُستخدم إجراءات وعمليات وأدوات الكشف والتقييم للأهداف والغايات المحددة لها.

- من الأنسب إشراك أفراد الأسرة بالكشف والتشخيص.

- يجب أن تكون المهارات التي يتم تقييمها والأوضاع التي تنفذ فيها عمليات التقييم مألوفة ووظيفية بالنسبة لكل من الأطفال وأسرهم.

- يجب أن تكون جميع الاختبارات والإجراءات والعمليات التقييمية والكشفية عادلة ثقافياً وتخلو من التحيز لأي سبب كان.

لقد بينت العديد من الدراسات أهمية التدخل المبكر وذلك للأسباب التالية:

١- تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات نمائية حرجة خاصة في السنوات الأولى من حياة الطفل، حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعلم والسلوكيات التي تعدّ في حدّ ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة.

٢- أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة على تشكيل عملية التعلم. إذ إن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سوف يسهم بالتأكيد في تنمية قدراته المختلفة. انطلاقاً من أن التعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.

٣- في ظل عدم توافر برامج الرعاية المبكرة فإنّ ظروف الإعاقة وكذلك حالات الأطفال الأكثر عرضة يمكن أن تؤثر سلباً على تعلم الطفل وتنمية قدراته.

٤- يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بناءة ومنظمة من العلاقات الأسرية مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة.

٥- تشير الدلائل مؤكداً إلى الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات تقديماً مباشراً وخاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها، أو عدم تقديمها مبكراً، وكذلك في إمكانية التخفيف من هذه المشكلات الاجتماعية اللاحقة.

٦- إن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.

٧- إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطير قد يعاني معاناة الطفل مستقبلاً من مشكلات مختلفة.

٨- إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن للبيئة دورٌ حاسمٌ في ذلك.

٩- التدخل المبكر جهد مثمر، وهو ذو جدوى اقتصادية حيث يسهم في التخفيف من النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة للحالة.

١٠- الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وكذلك لا يمكن اعتبار المدرسة بديلاً للأسرة.

١١- معظم حالات النمو الحرجة التي يمكن أن تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.

١٢- قد يحدث تدهورٌ نمائيٌ خطيرٌ للطفل المعوق فيما لو يتم التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.

١٣- مظاهر النمو العام للطفل متداخلة، وفي حال عدم معالجة الضعف الحاصل في أي جانب من جوانب النمو فور اكتشافه قد يقود إلى تدهور واضح في جوانب النمو الأخرى.

١٤- إن التدخل المبكر يسهم في تجنب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً.

١٥-شهدت العقود الأخيرة تطور نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة. (Bailey&Wolery,2000)

وبالرغم من الجهود المبذولة لتلبية متطلبات التدخل المبكر فقد لُحِصت منظمة اليونيسيف المشكلات الخاصة التي تعاني منه الدول النامية من حيث تلبية تلك المتطلبات، ومن أهم تلك المشكلات:

- انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
 - وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقى المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.
 - غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى غالبية أفراد المجتمع.
 - من العوامل المسببة للإعاقة انعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية، وكذلك ندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية الأولية.
 - وجود عوائق مادية وجغرافية من مثل عدم توفر الدعم المادي اللازم واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.
 - غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محلياً سواء كانت اجتماعية أو تعليمية أو صحية.
 - ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.
 - اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية (السرطاوي ، الصمادي، ١٩٩٨)
- ولكننا يمكن القول بأنه الحد من تلك المشكلات من خلال بعض الإجراءات مثل:

- التركيز أولاً وقبل كل شيء على الوقاية من الإعاقة.
- التوسع في تقديم الخدمات المناسبة لحالات الإعاقة والتوسع فيها بحيث تغدو مهمة كافة الجهات المعنية لدرجة أن هذه الجهود تصب جزءاً من خطط التنمية الوطنية المصممة لتطوير المجتمع بكافة مرافقه.
- بذل الجهود النوعية الضامنة للنمو الطبيعي والسليم للطفل. وهنا يجب التركيز على الأسرة كونها النواة الحقيقية لبناء المجتمع.
- تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- وأخيراً الاهتمام بمسألة الكشف المبكر للحالة وتقديم الخدمات العلاجية الملائمة.

ثالثاً: أهمية التدخل المبكر ودوره في الوقاية والعلاج:

بما أن برامج التدخل المبكر تُعنى بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها قدراتهم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتوسع. حيث ثمة فروق كبيرة جداً بين طفل وآخر من حيث العمر، أو من حيث معايير أخرى. كما أن برامج التدخل المبكر قد يستفيد منها أطفال يعانون من كافة أنواع الإعاقة وثمة فروق كبيرة أيضاً بين طفل لديه شلل دماغي وآخر يعاني من حالة شلل أطفال.. وعلى الرغم من وجود برامج تدخل مبكر تدعى بالبرامج الفئوية إلا أن معظم برامج التدخل المبكر تتضمن جملة من العمليات التي يتوخى منها تطوير قابليات الأطفال المعوقين الصغار في السن وقدراته إلى أقصى درجة ممكنة.

ولم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر حول أهميته وفاعليته فقط، فقد أكدت النتائج التي توصلت إليها العديد من الدراسات العلمية أن ثمة أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل المبكر.

جُلَّ الدراسات العلمية التي تناولت التدخل المبكر تحليلاً علمياً توصلت إلى أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن في مستوى النمو العقلي المعرفي واللغوي والأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. وتبين من نتائج دراسات أخرى قام بها (كاستو، 2003، Casto) أنَّ الفائدة الأكبر لإجراءات التدخل المبكر تكون كلما كان:

- التدخل مبكراً.
- التدخل مكثفاً.
- أكثر اهتماماً بمشاركة الأسرة.
- أكثر اهتماماً بمشاركة المدرسة بكافة كوادرها.
- أكثر اهتماماً بمشاركة المجتمع المحلي.
- أكثر اهتماماً بتنفيذ دور المؤسسات المعنية بقضايا الإعاقة والمعوقين (Bailey&Wolery, 2000)

وتبرز أهمية التدخل المبكر في وقاية الطفل بالعديد من القضايا نذكر منها:

- ١- مراعاة حالته النفسية وكذلك الحالة النفسية للآخرين.
- ٢- مساعدته على الدمج بالمجتمع من خلال تدريبه على أنماط سلوكية فعالة.
- ٣- إكسابه مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات حياته اليومية.
- ٤- تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور لديه بالقدرة على التعايش. (Gallagher, et al, 2006)

هذا ويتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة منها: الخدمات الطبية والخدمات الاجتماعية والخدمات التربوية والنفسية. وذلك للأطفال الذين هم من دون السادسة من العمر والذين يعانون من إعاقة ما أو من تأخر نمائي أو للذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

وعلى الرغم من أن الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها. فهم في حاجة إلى أسرهم لتلبية احتياجاتهم كونهم أطفالاً بالدرجة الأولى لاسيما في هذه السن الحرجة.

انطلاقاً من ذلك تركز برامج التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يُعرف بالخطّة الفردية لخدمة الأسرة.

ومن ناحية ثانية وبما أن الأطفال المعوقين أو المتأخرين هم أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة لحد كبير فإن حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتهمها ويعمل على تلبيتها تلبية كاملة ومتكاملة منفرداً دون تعاون مع الأطراف المعنية الأخرى.

لذلك ثمة حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعوقين وأسرهم وبالطبع فإن الحاجات الفردية الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي الانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل متخصص.

- التدخل التربوي وأهميته لحالات الإعاقة الجسمية والصحية.

تتطلب حالات الإعاقات الجسمية والصحية لبرامج التدخل المبكر على كافة النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية والاقتصادية..... ونظراً لأهمية التدخل المبكر بالنسبة للجوانب التربوي وبما يسهم بإغناء خبرات الطاقات البشرية التي يتم إعدادها للتعامل مع هذه الحالات فسنستعرض أهمية التدخل على الجانب التربوي بالنسبة لأهم تلك الحالات.

أولاً: التدخل التربوي للطلبة المصابين بالشلل الدماغي

أكدت معظم الدراسات الطبية والتربوية التي تناولت حالات الإصابة بالشلل الدماغي أن من شأن الإصابة بالشلل الدماغي التأثير على قدرة الطفل على التعلم في الظروف المدرسية العادية. لذلك فإن التعديلات المناسبة في المناهج أو أساليب التعلم أو البيئة التعليمية يُعد من الضرورة بمكان أينما دعت الحاجة لذلك.

وبما أن الإصابة بحالة الشلل الدماغي ناتجة عن تلف ما في المناطق المسؤولة عن الحركة في الدماغ فإن آثار هذه الإصابة تنتشر لتتناول أجزاء أخرى من الدماغ فتتأثر القدرات المسؤولة عن التعلم لدى الفرد المصاب.

ومن الأهمية بمكان القول بأن آثار الإصابة بالشلل الدماغي تختلف من طفل إلى آخر، فبعض الأطفال المصابين بالدماغ قد يكون ذكاؤهم طبيعياً في حين أن أطفالاً آخرين قد يكون لديهم تأخر واضح في القدرات العقلية. هذا بالإضافة إلى أن بعض الأطفال قد يكون لديهم حالات إعاقة أخرى مصاحبة للشلل الدماغي كالتخلف العقلي وبعضهم الآخر يعاني من الشلل الدماغي فقط.

وبالنسبة للمناهج الخاصة بحالات الشلل الدماغي يمكننا القول بأن هؤلاء بحاجة إلى تعديل واضح وبناء للمناهج العادية كي تتناسب والقدرات العقلية للطفل. وذلك لأن هذه المناهج لا تلبي متطلبات واحتياجات الطفل تربوياً، وهنا نؤكد على أن هذا التعديل يجب أن يتناسب ومدى احتياجات الطفل المصاب من حيث درجة الإعاقة وطبيعتها وشدتها. فمنهم من يتطلب حالته تعديلاً طفيفاً وبسيطاً للمناهج، ومنهم من يتطلب تعديلاً شبه جذري للمناهج، ومنهم من يتطلب وضع مناهج خاص به (Bailey&Wolery,2000)

ومن ناحية ثانية يحتاج الأطفال المصابون بالشلل الدماغي إلى تعديل المعلم لأساليب التدريس التي يتبعها. إذ إن تلبية احتياجاتهم التربوية الخاصة تتطلب من المعلم أن يعدل أو يُغير أسلوب تعليمه بحيث يأخذ بعين الاعتبار المشكلات التي تحدث من تعلمهم باستخدام الأساليب العادية. وهنا نؤكد على ضرورة اتباع المعلم

لدورات تدريبية مكثفة كي يكون قادراً على اكتساب هذه المهارات آخذاً بعين الاعتبار تطويع خبراته التدريسية والتعليمية في هذا المجال. (Bigge,1995)

وفيما يتعلّق بالبيئة التعليمية أو ما يُعرف بالبدائل التربوية يمكننا القول بأنه لا يوجد بديل واحد ومحدّد يناسب أو يتناسب مع جميع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي؛ لأنّ ذلك يتوقف على طبيعة الإعاقة وشدّتها. ومع ذلك يجب التأكيد على أنّ البيئة الصفية والمدرسية يجب أن تكون مناسبة ومكيفة لكي تناسب الطفل المصاب بالشلل من حيث توفير المساحات والمداخل والممرات المعدّلة لاستخدام الكرسي المتحرك. وكذلك توفير المساحة الصفية الملائمة لتناسب دخول وخروج الطفل المصاب وكذلك من الأهمية بمكان توافر كراسي متحركة والأدوات والمستلزمات المناسبة للإعاقة والمرافق الصحية المناسبة لاستخدام الطفل المصاب (Reigel,1997)

ثانياً: التدخل التربوي للطلبة المصابين بالصرع

تبرز أهمية التدخل التربوي مع حالات الصرع كون معظم الحالات التي تعاني منه هي حالات في سن المدرسة. هذا الأمر يعني أنّ ثمة إجراءات يجب القيام بها داخل المدرسة مع الطالب المصاب الذي تحدث له نوبات الصرع الكبرى أو الصغرى داخل أو خارج المدرسة.

بات معلوماً في يومنا هذا أنّ العلاج الأبرز لحالات الصرع يعتمد على الأدوية التي تحدّ من آثار النوبة، ولكنها لا تقف حائلاً دون حدوثها. وبيّنت الدراسات أنّ هذه الأدوية لها آثار سلبية على التعلم لدى الطفل المصاب، على المعلم الانتباه لها وأخذها بجديّة كي يساعد الطفل المساعدة المطلوبة.

انطلاقاً من هذا كله نقدّم فيما يلي جملة من الإرشادات التي تفيد المعلمين والمختصين للتعامل مع حالات الصرع:

- على المعلم ملاحظة سلوك الطلبة المصابين ولاسيما تلك الأنماط السلوكية التي تدلّ على احتمال حصول النوبات الصرعية.

• إعلام الطلبة في الصف الذين هم من أقران الطفل المصاب عن الحالة وتوضيح شرح مبسط عن الصرع وذلك بلغة بسيطة وبالمقابل توعيتهم فيما إذا ما شاهدوا زميلهم وهو في حالة النوبة وذلك بهدف ضمان تعاونهم.

• تدريب الطلبة على ضرورة التصرف بهدوء ولباقة خلال حصول النوبة لزميلهم.

• تشجيع الطلبة على علاقات وصداقات بناءة مع زميلهم المصاب بالصرع وأن يكون متقبلاً منهم.

• ملاحظة أية آثار جانبية للأدوية التي يتناولها الطفل الطالب المصاب وإخبار الطبيب الأهل بذلك ولاسيما تلك الأدوية التي تؤثر على تعلمه وانتباهه.

• من الأهمية بمكان وجود جسر تواصل بين المعلم وطبيب الطفل وأسرته وإعلامهم بالنوبات وزمن حدوثها ونسبة تكرارها يومياً وأسبوعياً.

• التأكد من تناول الطفل الطالب المصاب بالصرع الأدوية في مواعيدها المحددة.

• تعويض الطفل الطالب المصاب بالصرع من الناحية التحصيلية إذا ما فاتته التعلم للدروس والواجبات بسبب النوبات الصرعية التي أثرت على متابعته للمنهاج (Reigel, 1997)

ومن النصائح الهامة للمعلم أثناء حدوث النوبة الصرعية للطفل الطالب المصاب داخل الصف ما يأتي:

- يجب أن تأخذ النوبة الصرعية مجراها الطبيعي.
- أبعد الأطفال الآخرين من حول الطفل وكذلك إبعاد الأشياء التي يمكن أن تسبب الأذى للطفل كالكراسي والمقاعد...

- إذا كان فم الطفل مفتوحاً ضع جسماً ناعماً كمنديل ناعم بين الأسنان الجانبية ولا تحاول فتح الفم بالقوة.
- لا تُعق حركات الطفل بأي حال من الأحوال.
- على المعلم البقاء بحالة هدوء.
- على الطلاب الآخرين البقاء داخل الصف بهدوء.
- التأكد من أن النوبة الصرعية تحدث بمكان آمن.
- إحلال اللباس الضيق الذي يرتديه المصابُ وجعله ينام جانباً أمرٌ ضروريٌّ وهامٌ.
- لا تجعل الطفل يشرب أي شيء.
- السماح للطفل بالنوم والهدوء بعد انتهاء النوبة فهذا أمر ضروري وهام جداً.
- اتصل بولي الأمر مباشرة.
- اتصل بطبيب الطفل. (البطائية- الجراح، ٢٠٠٧)

ثالثاً: التدخل الطبي التربوي للطلبة المصابين بالشق الشوكي

يتطلب العلاج بالنسبة للأطفال الطلبة الذين يعانون من حالات الشق الشوكي للتدخل الطبي بالدرجة الأولى؛ حيث يتم إعادة الحبل الشوكي لموضعه قدر الإمكان. ومن جهة ثانية المصابون بحالات الاستسقاء الدماغية يحتاجون إلى عملية تحويل للسائل الشوكي، وذلك باستخدام صمامات موجهة إلى البطن بالإضافة إلى حاجتهم إلى تحويل الحالبين بسبب الاضطرابات الوظيفية للمثانة. وبالإضافة لذلك هذه الحالات بحاجة إلى معالجة التشوهات الناتجة عن الشق الشوكي وإلى الرعاية الطبية لتخفيف التهابات البولية والعمل على التخلص من الفضلات بشكل مستمر.

وبالنسبة للبرامج التربوية التي تتناسب مع المصابين بهذه الحالات يجب أن تقوم وتنفذ ابتداءً من المدارس العادية؛ لأنَّ معظم حالات الإصابة البسيطة تنسب إليها. هذا ويعتمد نجاح هذه البرامج على قناعة المهنيين بإمكانات هذه الفئة من المصابين وكذلك مقدرتهم على توعية الأطفال وأسرهم بطبيعة الإصابة ومساعدتهم في تصميم وتنفيذ مختلف البرامج التدريبية التي تهدف إلى الوصول بهم إلى درجة الاستفادة من المثيرات البيئية (Wehman,1998)



الفصل الخامس

خطوات العلاج الطبيعي للمعوقين جسمياً وصحياً

د. دانية القدسي

د. آذار عبد اللطيف

يُعَدُّ كل من البرنامج العلاجي الطبيعي والمهني جزءاً أساسياً من البرنامج الخاص المعد للطفل المعوق جسمياً وصحياً في المدارس العامة العادية. وبالطبع في هذه المدارس من المفترض وجود كل من الاختصاصي الطبيعي واختصاصي التأهيل المهني المتعاونين مع مدرس التربية الخاصة، ومعلم الصف والاختصاصي النفسي، والاختصاصي الاجتماعي، والطبيب المعالج مشكلين فريق عمل في إعداد البرنامج التربوي والعلاج المتخصص للحالة.

هذا ويعمل كل من اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل المهني بقياس جوانب متعددة من القدرة الجسمية للطفل المعوق جسمياً وصحياً؛ وذلك بهدف التعرف على استعداداته، ومدى قابليته للعلاج والتأهيل. ومن القضايا الهامة التي تسهم في وضع برنامج علاج لحالات الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً:

أولاً: تحديد الجوانب الأساسية للقياس في العلاج الطبيعي.

من أهم النقاط الواجب على اختصاصي العلاج الطبيعي قياسها:

- القدرة على الاحتمال والثبات.
- مدى الاحتفاظ بالتوازن الجسمي أثناء الحركة.
- وضع أو هيئة الجسم ومدى انحراف المفاصل.
- تحليل طريقة المشي وسرعتها.
- درجة الاستقلالية والاعتماد على النفس في الحركة والتنقل والعناية بالنفس.

- المهارة في استخدام الكرسي المتنقل والمعرفة في التعامل مع المشكلات الفنية التي قد تطرأ على الكرسي.
- القدرة على ارتداء وتركيب الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية والمعرفة بالمشكلات الفنية التي قد تطرأ عليها.
- المهارة في التعامل مع العوائق البيئية في المباني والطرق والشوارع.
- القدرة على استخدام المواصلات العامة.

ثانياً: تحديد الجوانب الأساسية للقياس في التأهيل المهني.

من أهم النقاط الواجب على اختصاصي العلاج الطبيعي قياسها:

- صعوبات اللغة والحركة ومشكلات التغذية، وتناول الطعام.
- سلامة الحواس وتناسق عملها.
- درجة الإدراك البصري.
- درجة الإدراك الحركي.
- أداء الجهاز العصبي العضلي.
- البراعة اليدوية.
- السلوك النفسي - الاجتماعي.
- القدرة على اللعب واستغلال أوقات الفراغ.
- مهارات الاستقلالية والاعتماد على النفس.
- القدرة على التعامل مع المنشآت والأبنية في المجتمع.
- مهارات الاستعداد المهني.

ثالثاً: تحديد الجوانب الأساسية للمشكلات المصاحبة للإعاقة الجسمية والصحية

بعد قيام كل من اختصاصي العلاج الطبيعي، واختصاصي العلاج المهني بتحديد عدد من مشكلات القصور الجسدي والتي غالباً ما تصاحب الطفل المعوق جسدياً وصحياً. وعلى الرغم من أن الجانب الحركي هو السمة المميزة لهذه المشكلات إلا أنها تؤثر سلباً على الأداء المدرسي والدراسي لهذا الطفل. ومن هنا تأتي أهمية تحديد هذه المشكلات في رسم معالم البرنامج العلاجي. وفيما يلي عرض لأهم هذه المشكلات:

١- تحديد جوانب القصور في القدرة على التناسق الحركي: ومن أهم ما تشمل:

- صعوبة تعلم مهارات حركية.
- ضعف القدرة على الاستخدام اليدوي للأدوات.
- عدم تناسق الخطأ والسقوط عند ارتقاء السلالم أو الصعود على بعض الأجهزة الرياضية في الملاعب .
- ضعف الثقة بالنفس.
- سلوك غير منظم.
- شعور شديد بالخوف من الفشل.

٢- تحديد جوانب القصور في تناسق عمل اليدين معاً: ومن أهم ما تشمل:

- قصور في مهارة استخدام اليدين معاً في أداء عمل معين.
- قصور في تآزر حركات اليدين أثناء القيام بالأنشطة الرياضية.
- صعوبة استخدام المقص في القطع.
- صعوبة في الكتابة وفي اللصق.

- ٣- تحديد جوانب القصور في مسألة التوازن: ومن أهم ما تشمل:
- قصور في المهارات الحركية اللازمة للملاعب وللصالات الرياضية المغلقة.
 - قصور التآزر الحركي.
 - الخوف من الحركة في الأماكن أو المباني دون مساعدة أو مساعدة.
- ٤- تحديد جوانب القصور في مشكلات عبور الشارع: ومن أهم ما تشمل
- قصور من سرعة الاستجابة.
 - تأخر زمن رد الفعل.
 - قصور في أداء الاختبارات المحددة بوقت معين.
- ٥- تحديد جوانب القصور في مشكلة الرشاقة وسرعة الجري: ومن أهم ما تشمل:
- قصور في المهارات الحركية اللازمة للملاعب وللصالات الرياضية المغلقة.
 - عدم تناسق في حركة الجسم والأطراف.
 - صعوبة صعود السلالم.
 - صعوبة الصعود أو النزول من الحافلة.
- ٦- تحديد جوانب القصور في مشكلة تناسق أطراف الجسم العليا: ومن أهم ما تشمل:
- قصور في مهارات ألعاب الصالات المغلقة مثل كرة المضرب.
 - صعوبة خلع الملابس وارتداء الملابس.

٧- تحديد جوانب القصور في مشكلة ثبات وسرعة أطراف الجسم العليا: ومن أهم ما تشمل:

- صعوبة الكتابة والقص بالمقص.
- قصور في مهارات ألعاب الصالات المغلقة.
- قصور في المهارات التي تتطلب تأزر حركة اليدين.

٨- تحديد جوانب القصور في مشكلة قصور القوة العامة للجسم: ومن أهم ما تشمل:

- سرعة الشعور بالإرهاق والتعب.
- صعوبة فتح الأبواب الثقيلة .

٩- تحديد جوانب القصور في مشكلة قصور القدرة على السحب والشد: ومن أهم ما تشمل:

- قصور في شكل وهيئة الجسم.
- قصور في إدراك العلاقات المكانية.
- ضعف التنسيق الحركي.
- ضعف الثقة بالنفس.

١٠- تحديد جوانب القصور في مشكلة إدراك الشكل والأرضية: ومن أهم ما تشمل:

- صعوبة فك أربطة الصناديق.
- صعوبة القراءة.
- قصور في ترتيب وتنظيم الأدوات.
- قصور في الانتباه.
- عدم الاهتمام بالعمل الذي يقوم به.

١١- تحديد جوانب القصور في مشكلة ثبات الشكل أو النموذج: ومن أهم ما تشمل:

- قصور في كتابة الحروف بشكل واضح ومميز .
- صعوبة كتابة الأعداد.
- صعوبة تجميع أجزاء البزل.
- صعوبة قراءة الخرائط.

١٢- تحديد جوانب القصور في قصور بالإحساس بالانتماء الاجتماعي: ومن أهم ما تشمل:

- سلوك معادٍ للمجتمع.
- ضعف الثقة بالنفس.
- قصور في بناء علاقات مع الزملاء.

١٣- تحديد جوانب القصور في مشكلة قصور العلاقات المكانية: ومن أهم ما تشمل:

- صعوبة كتابة أو قراءة الحروف بشكل سليم.
- صعوبة في تهجئة الكلمات.
- صعوبة في العمليات الحسابية.

١٤- تحديد جوانب القصور في مشكلة تناسق حركات العضلات الصغيرة: ومن أهم ما تشمل:

- صعوبة الكتابة.
- ضعف في المهارات التي تعتمد على أصابع اليدين.
- صعوبة في فتح المغلفات.

١٥- تحديد جوانب القصور في مشكلة التمييز البصري: ومن أهم ما تشمل:

- ضعف في القدرة على القراءة والكتابة.
- صعوبة تكملة وتركيب أجزاء الأحجية.
- صعوبة قراءة الخرائط.

١٦- تحديد جوانب القصور في مشكلة الذاكرة البصرية: ومن أهم ما تشمل:

- صعوبة في الرياضيات والقراءة.
- أداء منخفض في الاختبارات المدرسية.
- ضعف في مهارات الرسم والأشغال اليدوية.

(سيسالم، ١٩٩٨)

ومن ناحية ثانية يُعدُّ التدخل العلاجي مع حالات الإعاقة الجسمية والصحية من أهم وأولى الخطوات الواجب اتباعها في أي مجتمع من المجتمعات . فهذه الشريحة لها حقوق تنسم بالخصوصية تتفق معها ومع متطلباتها.

ويتضمن التدخل العلاجي لذوي الإعاقات الجسمية والصحية لا سيما الشديدة منها والحادة مجموعة متكاملة من البرامج والخدمات في عدة مجالات، منها مجال التواصل، ومجال العلاج الطبيعي، ومجال العلاج الوظيفي، ومجال الخدمات التربوية والتأهيلية.

ولا بدَّ بدايةً من التنويه إلى أنَّ متطلبات العلاج تختلف من حالة لأخرى؛ نظراً للاختلاف بين الإعاقات من حيث طبيعتها وشدتها وزمن حدوثها وزمن اكتشافها. وبالتالي يمكننا القول أنه من الأنسب الانتباه لهذه النقاط خلال سردنا في السطور اللاحقة.

وتمرّ مراحل التدخل العلاجي بالخطوات التالية:

الخطوة الأولى: ملاحظة واكتشاف الإعاقة لدى الطفل

من البديهي أن تكون ملاحظة الطفل بما لديه من اختلاف عن أقرانه الخطوة الأساسية والواجب على الوالدين الانتباه لها. إذ إن ملاحظة الطفل تعتبر مظهراً متكاملًا ومستمرًا من عملية التشخيص والتقييم والبرمجة التربوية. ويبرز الدور الهام للملاحظة من خلال:

١- تمّد الملاحظة الوالدين والمتخصصين بالمعلومات التي تساعدهم في تحديد خطوات التشخيص الدقيق للحالة وكذلك إجراءات التقييم الأولى. فإذا ما تمت الملاحظة المطلوبة للطفل خلال السنة الدراسية فإن ذلك سيؤدي إلى تحديد النواحي الوظيفية التي تحتاج إلى مزيد من الفحص والتشخيص الدقيق. ومن جهة ثانية تساعد المعلومات الممكن الحصول عليها من خلال الملاحظة في اكتشاف مظاهر سلوك الطفل التي قد لا تبدو واضحة عند إجراء الاختبارات التشخيصية الرسمية والمناسبة للحالة.

٢- ملاحظة الطفل المعوق تزود الوالدين والمختصين بمعلومات تساعدهم في تطبيق الخطة التربوية. وننوه هنا إلى أن الملاحظة المستمرة لها دور في تطوير البرامج التعليمية أو تعديلها.

٣- تمرّ عملية ملاحظة الطفل بطورين أساسيين يمدّنا بنوعية مختلفة من المعلومات. على أن الهدف الجوهرى من ملاحظة الطفل بكلا الطورين هو اكتشاف عناصر سلوك الطفل التي قد يصعب كشفها من خلال الاختبارات. وهذان الطوران هما: الملاحظة الأولية للطفل، ملاحظة الطفل ملاحظة مستمرة. وسنتناول هذين الطورين بشيء من التفصيل (Bleck,Nagel,1999).

الطور الأول: الملاحظة الأولية للطفل

من الأهمية بمكان قضاء وقت من الزمن لا بأس به في ملاحظة الطلبة وهم يتفاعلون مع بعضهم بعضاً وكيفية استجاباتهم للمثيرات البيئية المحيطة بهم. ويعدّ المختصون هذا الوقت فترة حاسمة ومهمة بالنسبة للطلبة من ذوي الحاجات

الخاصة / ذوي الإعاقات الشديدة والحرجة / منوهين إلى أهمية اعتبار الأيام الأولى لهذه الشريحة داخل الصف والمدرسة وقتاً هاماً للاستكشاف.
والهدف الأساسي من هذه الملاحظة الإجابة على أسئلة متعددة من أهمها سواء من الوالدين أم المعلم:

- ما هو المثير الأكثر بروزاً بالنسبة للطفل المعوق جسمياً وصحياً ويجذب انتباهه بشكل دائم؟.
- ما هي الألعاب أو الأنشطة أو الأشياء التي يفضلها الطفل المعوق جسمياً وصحياً عن سواها؟.
- ما الطريقة التي يتفاعل الطفل المعوق جسمياً وصحياً من خلالها مع الآخرين؟.
- هل الطفل المعوق جسمياً وصحياً يلعب ؟ أم يتشاجر مع الآخرين ؟
- هل يمتلك الطفل المعوق جسمياً وصحياً مبادرات نحو أقرانه ليتفاعل معهم أم لا؟.
- هل ثمة فروق واضحة بين تفاعل المعوق جسمياً وصحياً مع الكبار وبين تفاعله مع أقرانه؟.
- هل يستجيب الطفل المعوق جسمياً وصحياً للمثيرات السمعية والبصرية واللمسية ؟ وإذا ما كانت الإجابة نعم، كيف يستجيب؟
- هل هناك أنشطة محددة يفضلها الطفل المعوق جسمياً وصحياً عن سواها. وهل هذه الأنشطة ذاتية مثل " الاستتارة كهر الرأس " ؟ أم أنها أنشطة خارجية مثل " اللعب بالطين أو الألعاب.
- ما هي المدة الزمنية التي يمضيها الطفل المعوق جسمياً وصحياً بالنشاط المكلف به من المعلم؟.
- هل الطفل المعوق جسمياً وصحياً قادر على القيام بأنماط سلوكية بمفرده ودون مساعدة الكبار؟.

• هل يلمح المعوق جسمياً وصحياً تلميحاً ما عن فهمه وإدراكه للأشياء والمثيرات المحيطة به؟.

• ما هي الطريقة التي يعتمد عليها الطفل المعوق جسمياً وصحياً في استكشاف المحيط (DeLoach et al,2000) .

وننوه هنا إلى الإجابة عن هذه الأسئلة وسواها ليس بالأمر السهل وذلك بسبب الاستجابات المختلفة التي يبديها الأطفال في المواقف المجهزة خصيصاً لذلك. لذلك يتوجب /من الأفضل/ على الملاحظ أن تكون ملاحظته في بيئة غير مجهزة، وذلك فيما لو أراد الحصول على الصورة الشاملة لسلوك الطفل.

ونوهت بعض الدراسات إلى أهمية ملاحظة الطفل المعوق جسمياً وصحياً من عدد لا بأس به من الملاحظين لسببين جوهريين:

- يستجيب الأطفال بطرق مختلفة مع الأفراد والظروف البيئية المختلفة الأخرى. لأن السلوك الذي يظهره الطفل المعوق جسمياً وصحياً أمام المتخصصين أو المعلم قد يختلف عن السلوك الذي يظهره أمام الآخرين.

- قد يتمكن الأفراد الملاحظون من ملاحظة سلوكيات معينة على الأغلب لا يهتم بها المعلم.

ومن الأمور الواجب مراعاتها قبل تطبيق الاختبارات على الطفل:

* - المهارات الحركية: على سبيل المثال هل حركة الطفل الكلية والدقيقة سليمتين لم يُمسأ بأي أذى؟ وهل الطفل قادر على تنفيذ المهام ذات الحركات ثنائية الجانبية؟.

* - الانتباه: على سبيل المثال هل يستطيع الطفل الاتصال البصري على أسس كافية لأغراض الاختبار؟ وهل يمكنه استخدام التلقين اللمسي بفعالية لأغراض الاختبار؟

* - مهارات التواصل: على سبيل المثال هل يتمكن الطفل من التفاهم شفهيّاً؟ ما هي التلقينات التي تبدو أكثر فعالية لاستثارة استجاباته؟

أما الأمور /الاعتبارات/ الواجب مراعاتها أثناء تطبيق الاختبار :

- النمط الذي يعتمد عليه الطفل المعوق جسدياً وصحياً في استجاباته وكذلك بسلوكه،
فعلى سبيل المثال :

- هل زمن ردّة الفعل التي يبديها الطفل مناسبة أم لا؟
- هل استجابات الطفل متناسقة وليست عشوائية؟.
- هل يشعر الطفل بالإحباط مباشرة؟.
- هل لدى الطفل ميول خاصة؟.
- هل يتغير مزاج الطفل أثناء الاختبار؟.
- تحديد ماهية مزاج الطفل أثناء تطبيق الاختبار . (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨)

الطور الثاني: الملاحظة المستمرة للطفل.

الملاحظة الأولية يجب أن تستمر خلال فترة التشخيص كونها مهمة جداً، وبعدئذ وبناءً على المعلومات التي تم الوصول إليها خلال الملاحظة ومن الاختبارات المستخدمة يمكننا تصميم البرامج التربوية التي تتناسب مع الحالة.

ويجب أن يبقى الطفل المعوق جسدياً وصحياً تحت المراقبة والملاحظة طوال العام الدراسي وإن بدأنا بوضع البرنامج التربوي أو خلال تطبيقه وسواء أكانا نطبق الخطة الفردية أو من خلال العلاج الجماعي. هذه المتابعة بالتأكيد يقوم بها المعلم والمختص وولي الأمر وذلك بسبب التغير الدائم الذي يطرأ على الطفل.

وخلال هذه الملاحظة على المعلم الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل ثمة تغير على الحالة الجسمية للطفل المعوق جسدياً وصحياً ؟
- هل أثر العلاج التربوي والطبي على الطفل المعوق جسدياً وصحياً؟
- هل ثمة تحسن على التفاعل والتواصل الاجتماعي لدى الطفل المعوق جسدياً وصحياً؟ وتبرز أهمية هذا السؤال فيما لو كنا نخطط لدمج الطفل.
- هل تعلم الطفل المعوق جسدياً وصحياً مهارات جديدة وهل احتفظ بما تعلمه؟

-هل ساعدت البيئة المدرسية والبيئة الأسرية للطفل المعوق جسمياً وصحياً في الاحتفاظ بالمهارات المتعلمة أم العكس؟

-هل يستخدم الطفل المعوق جسمياً وصحياً المهارات الجديدة التي تعلمها أثناء اليوم الدراسي بالبيئة المدرسية البيئة الأسرية؟

-هل تمكن الطفل المعوق جسمياً وصحياً من تعميم المهارات المتعلمة في بيئات أخرى؟

-هل ثمة سمات شخصية جديدة برزت بالأفق لدى الطفل المعوق جسمياً وصحياً لم تكن موجودة سابقاً؟

بالحقيقة ثمة أسئلة عديدة يمكن الإجابة عنها في هذا الشأن إلا أنه من الواجب التأكيد هنا على أن أهم الجوانب الواجب ملاحظتها تشتمل الجوانب التالية: التطور الجسدي والحالة الصحية، والأداء الوظيفي المعرفي، والتطور الاجتماعي والانفعالي.

١- التطور الجسدي والحالة الصحية: عند دخول الطفل المعوق جسمياً وصحياً لغرفة الصف يجب أن يكون التركيز المبدئي للملاحظة على تطوره الجسدي العام وحالته الصحية. والسبب الكامن وراء ذلك يتمحور بأن كافة الاختبارات والبرامج التربوية تتأثر مباشرة بالمشاكل الخاصة التي يعاني منها الطفل في هذه الجوانب. وتساعد هذه الملاحظة المبكرة في تحويل الطفل إلى الاختصاصيين خارج المدرسة قبل بدء الجهود المكثفة للتشخيص ووضع البرامج التربوية. ومن القضايا المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمستوى التطور الجسدي للطفل صحته العامة حيث إن ذوي الإعاقات الشديدة والحادة كثيراً ما يعانون من مشاكل صحية مزمنة، وبالتالي تساعد هذه الملاحظة المبكرة في تحديد تلك المشاكل وكذلك طريقة التشخيص ووضع البرامج التربوية وتطويرها.

٢- الأداء الوظيفي المعرفي: من الأهمية بمكان ملاحظة الأداء المعرفي العام للطفل المعوق جسمياً وصحياً. لذلك يجب أن يُركز خلال فترة الملاحظة الأولية على تحديد مدى تيقُّظ الطفل وانتباهه للتغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة به.

٣- التطور الاجتماعي والانفعالي: التركيز الثالث والمهم للملاحظة يجب أن ينصبَّ على التطور الاجتماعي والانفعالي للطفل المعوق جسمياً وصحياً. وبما أن الأطفال المعوقين إعاقة جسمية وصحية شديدة أو حادة غالباً ما يُظهرون مشاكل بدنية وصحية فإن تطوُّرهم الاجتماعي والانفعالي غالباً لا يحتل الأهمية ذاتها لذلك من الواجب أن تُركز التدريبات الأولية على تطوير مهارات العناية بالذات وبالمهام الحركية وكذلك تطوير شكل ما من أشكال التواصل. وانطلاقاً من ذلك يمكن توظيف الملاحظة المستخدمة في المساعدة للتعريف بالمهام التعليمية من جهة وبالتخطيط للبرامج التربوية التي تُسهم بالتطور الاجتماعي والانفعالي للطفل المعوق جسمياً وصحياً من جهة ثانية.

(السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨)

٤- إنَّ الملاحظة في كل جانب من الجوانب الأنفة الذكر تعطي معلومات مهمة للأفراد العاملين مع ذوي الإعاقات الشديدة أو الحادة. وبما أن هاتين الفئتين تديان مجموعة متنوعة من المشاكل والصعوبات الخاصة فإنَّ ملاحظة الطفل المعوق جسمياً وصحياً وملاحظة أدائه في الجوانب المحددة يمدُّنا بتوجه أساسي في كل من التشخيص والعلاج.

الخطوة الثانية: التدرب على التواصل مع المعوق جسمياً وصحياً

التواصل بمفهومه العام يعني ذاك النشاط الذي يضمن إرسال واستقبال ما تريده الكائنات الحية بعضها مع بعض. وعن طريق التواصل يتمُّ التعبير عن الحاجات والرغبات وإبلاغ المعلومات لدرء الخطر ولتحقيق المنافع. وبذلك يمكننا القول أنَّ مهارة التواصل يقوم بها كلُّ كائن حي بما في ذلك الإنسان معوقاً كان أم سويّاً.

أما التواصل بمعناه الدقيق والمحدد فيعني استخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر بين الناس. ومن هنا اعتبر البعض التواصل سلوكاً إنسانياً راقياً كونه يميز الإنسان عن باقي المخلوقات لاعتماده بتواصله على الكلام واللغة.

يتواصل الناس فيما بينهم عن الحاضر كما تفعل المخلوقات الأخرى ولكن استخدام اللغة وتعقداتها وقدرة الإنسان العقلية تسمح له بالتواصل في قضايا تمتد الماضي وكذلك المستقبل.

ومع أن استخدام الكلام واللغة هو المقصود بالتواصل الدقيق والمحدد إلا أن لدى الإنسان نماذج أخرى من التواصل تُعرف بالتواصل غير اللفظي كالإيماءات وحركات الجسم المختلفة التي تُعبّر عما يريد الإنسان إيصاله للآخرين وإعلامهم به.

هذا ويتطلب التواصل باستخدام الكلام واللغة إرسال رسائل لفظية مفهومة واستقبال هذه الرسائل وفهمها لذا فالتواصل يحتاج دوماً إلى (مرسل ومستقبل). واللغة تُعبّر عن التواصل بالأفكار والحاجات والمشاعر من خلال نظام رموز عشوائي يُستخدم ضمن قواعد محددة. أما الكلام فإنه الترجمة الحركية للرموز اللغوية الموجودة في الدماغ. وبالتالي يمكن القول بأنه الوسيلة الأكثر استخداماً لإخراج الكلام.

وبما أن بعض الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً يعانون من مشكلات بارزة في التواصل فإن برامج التدريب على التواصل تعتبر جزءاً مهماً من أي برنامج علاجي لهم. هذا وتنبأين قدرات هؤلاء المعوقين في مهارات التواصل فقد يكون لديهم القدرة على الاستيعاب وفي نفس الوقت عدم القدرة على التعبير، وقد يكون لديهم عجز في القدرتين معاً مما يعني أن برامج التواصل يجب أن تكون لفظية وغير لفظية أيضاً.

-أهداف عملية التواصل

بينت البحوث والدراسات إلى أنَّ عملية التواصل تسعى إلى تحقيق:

*-تمكن الفرد من التعبير عن حاجاته ورغباته ووصفها: هذا الهدف هام جداً كونه يرتبط بحياة الفرد ويؤثر على نوعية الحياة ودرجة فعاليتها؛ بحيث يتمكن الفرد من التعبير عن حاجاته ورغباته بفاعلية، كالتعبير عن الجوع والعطش..... وبذلك يمكنه السيطرة على مجرى ومسار حياته. وقد أفادت الدراسات الإكلينيكية أن المعوقين بدرجة شديدة لديهم القدرة وبدرجات متفاوتة من التعبير عن حاجاتهم ورغباتهم. ويتمثل ذلك في تعبيرهم عن رغباتهم خلال إصدار سلوكيات أو أفعال أو إشارات أو حركات معينة لا يمكن فهم المقصود منها بدون وجود شخص له علاقة قوية بالفرد المصاب جسمياً وصحياً، بحيث يتمكن من تفسير المغزى من كلامه. ومن أمثلة ذلك تفسير بكاء الطفل المعوق جسمياً وصحياً فيما لو كان ناجماً عن الجوع أو العطش أو الألم..... إن تفسير ذلك السلوك الصادر عن بعضهم يعتمد على مدى فهم وتفسير الشخص المختص لهم. في الواقع هذا ما يحدث بالنسبة للحالات التي يصعب فهم وتفسير حاجاتهم ورغباتهم، والذين يعانون من عدم القدرة على التواصل إلا أنه ومع ذلك يمكن فهم وتفسير حاجاتهم أحياناً. أما في الحالات الأقل شدة فإن سلوك هؤلاء المعوقين وحركاتهم يدلان عما يريدون.

*-تمكن الفرد من وصف الواقع والأحداث الزمانية والمكانية: يتمثل هذا الهدف بالقدرة على تبادل المعلومات والأحداث المعاصرة. وهذا يعني تأهيل الفرد المعوق إلى درجة تؤهله لاستبدال التواصل بالكلام عما يؤد البوح به والتصريح عنه. وركز بعضهم على مفهوم البقاء بمعنى أنَّ الشيء موجود وثابت على الرغم من إزالة هذا الشيء من أمام الفرد، وبالتالي فإن التدريب على ذلك أمر ضروري كمتطلب سابق وأساسي لاستخدام لوحة التواصل.

-مستويات عملية التواصل

١-المستوى الأول: المستوى العضوي

وهو سلوك التواصل العضوي ذو الطبيعة الانعكاسية مثل البكاء عند الجوع أو العطش أو الألم..... ومن المؤكد أن المعنى من تواصل الفرد في هذا المستوى يجب أن يُفسر ويُفهم من قبل الآخرين. ومن المؤكد أيضاً أن أشد حالات الإعاقة لديها القدرة على التواصل في هذا المستوى على الأقل.

٢-المستوى الثاني: المستوى التمييزي

أي أن يستطيع الفرد أن يميز بين موضوعات وأشخاص وأحداث بيئية محددة. ويعتقد بأن العديد من المعوقين بدرجة شديدة يصعب عليهم تجاوز هذا المستوى لذلك يتم تفسير السلوك الصادر منهم من قبل الآخرين (المعلم، المختص، ولي الأمر) ويساعد هذا المستوى في سهولة التفسير ودقته لأن سلوكيات الطفل تكون واضحة مثل إقدام الطفل المعوق على الطعام وإشارته بقوة له يعني أنه جائع يريد تناول الطعام. ويسهم هذا المستوى أيضاً في إبراز استقلالية الطفل والتعبير عن حاجاته ورغباته.

والاختصاصي والمعلم يمكنهما في هذا المجال من دعم ذلك لدى الطفل المعوق جسماً وصحياً ودعم استقلاليته من خلال تدريبه على إصدار سلوكيات معينة عند حاجته لشيء معين كأن يحق بعينه إن كان جائعاً.. وهكذا.

٣-المستوى الثالث: المستوى اللفظي اللغوي.

يبرز هذا المستوى جلياً لدى الأطفال المعوقين جسماً وصحياً الذين لديهم قدرة لفظية ما تمكنهم من التواصل. وفي هذا المستوى يستطيع الفرد من التعبير لفظياً عن أفكاره وحاجاته. وقد يستخدم هذا الفرد قدرته اللفظية في التعبير عن حاجاته إضافة الى استخدامه أساليب غير لفظية مثل التحديق أو الإشارة.....

٤- المستوى الرابع: أنظمة الأشكال والألواح والرسومات

تُعَدُّ هذه الأنظمة مهمة بالنسبة للأطفال المعوقين جسمياً وصحياً. وعلى الرغم من وجود قدرة لفظية لديهم إلا أنه ينصح باستخدامهم لتلك الأنظمة في المواقف التي يكون فيها أداؤهم اللغوي قاصراً.

يتميز التواصل في هذا المستوى عن المستويات السابقة في أن التواصل فيه يكون كلياً وليس محدداً. وفي هذا المستوى لم يعد الفرد محدداً بل بإمكانه الجمع والتوفيق بين الحروف واشتقاق وتركيب الكلمات والأفكار التي يؤد التعبير عنها.

٥- المستوى الخامس: المستوى اللفظي اللغوي

الكثير من الأطفال المعوقين إعاقة جسمية وصحية وخاصة الشديدة منها تزداد لديهم المقدرة على التواصل اللفظي سواء أكان ذلك تلقائياً أم بمساعدة من شخص ما.

ويرى بعضهم بأن هذا التطور قد يعود إما لخطأ في التشخيص أو لأن التشخيص صحيح، ولكن التحسن عائد إلى الاستفادة من تنمية قدرته اللفظية من جراء العلاج غير اللفظي أو الأساليب غير اللفظية. وقد يكمن السبب في تكامل وتحسن بعض الوظائف في الجهاز العصبي المركزي (Bleck, Nagel, 1999)

الخطوة الثالثة: وضع التصور السليم للتعامل مع الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً:

كي يتمكن المختص من التشخيص السليم ووضع البرنامج التربوي المناسب للحالة عليه الإلمام بالخصائص والسمات وبأهم ردود الفعل الصادرة عن الطفل المعوق جسمياً وصحياً.

وسنتعرف إلى أهم تلك الخصائص:

-التشنج (Spasticity): التشنج عبارة عن زيادة في حركة العضلات ومداها، ويظهر ذلك في الثني للمفاصل أو الأكواع وكذلك الرسغ والورك والركبة. هذا ويكون الثني بدرجة/٩٠/ أو أقل من ذلك إضافة إلى حودية واضحة بالظهر والعمود الفقري. وأي محاولة يقوم بها المعلم أو الاختصاصي لجعل هذه الأعضاء مستقيمة تواجه من الطفل المعوق جسماً وصحياً بمقاومة زائدة. وعلى عكس الثني قد يلاحظ المعلم حالة المد أو استقامة الأعضاء: كأن يندفع الرأس إلى الخلف، أو الأذرع تغدو قاسية وقوية وممدودة، والأرجل موضوعة على شكل مقص من ناحية الفخذين أو الساقين وكذلك القدمان منقطعتان بحيث تكونان باتجاه الجسم.

-اللاإرادية (Athetosis): يلاحظ المعلم أو الاختصاصي تردد وعدم ضبط حركة العضلات ومداها. وهنا يبدو عدم المقدرة على ضبط الحركات وبالأخص حركات الرأس والأطراف واضحاً. وفي بعض الأحيان تكون الحركات دائرية أو بشكل متقاطع بين الأعضاء المختلفة، وفي بعض الحالات الأخرى تكون الحركات عشوائية. إن كلاً من الحركات التشنجية واللاإرادية تزداد فيما إذا أثير الطفل الطالب أو حاول أن يمسك شيئاً أو أن يحدد حركته.

-نقصان وضعف في الحركات (Hypotonia): هذه الحالة هي عكس التشنج تماماً وهذه الحالة أقل من الحالتين السابقتين وفي هذه الحالة يكون هناك ضعف عام في العضلات.

بشكل عام لا يوجد أي خاصية من الخصائص السابقة تكون شاملة بمعنى أن الطفل قد يظهر خصائص تشمل كلاً من التشنج والحركات اللاإرادية.

وتختلف هذه الخصائص من حالة لأخرى فقد تشمل التشنجات كل أعضاء الجسم لدى حالة ما في حين تشمل التشنجات الطرفين العلويين عند حالة أخرى. (DeLoach et al, 2000)

هذا ويتميز المعوقون جسمياً بالانعكاسات أو الحركات الأولية البدائية غير الطبيعية التي يظهر بعضها لدى بعض الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً الحديثي الولادة والتي تزول مع التقدم بالعمر وتستبدل بالحركات الإرادية المتناسقة.

الخطوة الرابعة: وضع خطوات العلاج للأطفال المعوقين جسمياً وصحياً: يمكن تقديم خدمات العلاج بطرق عدة إلا أنه ثمة نموذجان أساسيان لتقديم تلك الخدمات. هذان النموذجان من العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي يقدمان من خلال نموذجين يسمى الأول نموذج العلاج المنفصل، وتقدم خلاله الخدمات العلاجية للطفل في بيئة منعزلة وبعيدة عن كل من البيت والمدرسية، والنموذج الثاني يسمى نموذج العلاج القائم على مبدأ الدمج أو النموذج التكاملي حيث تقدم خلاله الخدمات العلاجية.

١- نموذج العلاج المنفصل (Isolated Therapy Model)

بعد أن يخضع الطفل المعوق جسمياً وصحياً لإجراءات الإحالة تبدأ خطوات هذا النموذج وتشمل الخطوات التالية:

- يحول الطفل المعوق جسمياً وصحياً إلى غرفة العلاج.
- يُطبق على الطفل المعوق جسمياً وصحياً اختبارات رسمية واختبارات غير رسمية وذلك بهدف الحصول على معلومات تشخيصية يُفترض أن لها علاقة بمستوى الأداء الحركي عنده.
- وكنتيجة للمعلومات التي توصل إليه الاختصاصي بعد إجراءات التشخيص يُعتقد بأن مستوى الطفل المعوق جسمياً وصحياً في الأداء الحركي يساوي أداء طفل يبلغ من العمر أربعة أشهر /على سبيل المثال/. بناءً على ذلك يقوم اختصاصي العلاج بالتعاون مع الطبيب بوضع البرنامج العلاجي المناسب للحالة على أن يهدف البرنامج

أساساً إلى تنمية القدرة الحركية للطفل المعوق جسمياً وصحياً، وذلك من خلال تقديم المهارات الحركية وفق تسلسلها الطبيعي.

• يتم إحضار الطفل المعوق جسمياً وصحياً إلى غرفة العلاج مرتين في الأسبوع. وعلى المعالج خلال هذه الجلسات تقديم التدريبات المناسبة للمهارات المتعلقة بالجلوس والميلان على أحد الجانبين على اعتبار أن هاتين المهارتين من المهارات الحركية المستخدمة في مستوى الشهر الرابع من العمر.

• من الأهمية بمكان الانتباه إلى أن المعلم أو الأهل قد لا يمتلكون معلومات كافية عن مدى تطور الحالة، وذلك بسبب ضيق وقت المعالج. فبسبب وجود طفل آخر سيخضع للعلاج بعد الطفل مباشرة فقد لا يتوفر الوقت الكافي للمعلم أو الأهل للحصول على المعلومات المناسبة عن حالة الطفل. وهذا الأمر قد يسبب مشكلة بحد ذاتها.

• من المتوقع بعد مرور /٦ أشهر/ أن يظهر على الطفل تحسناً مقبولاً وبالأخص على هاتين المهارتين (Hanson,et al,2000).

ونوه البعض إلى أن هذا النموذج من العلاج يقوم على الافتراضات التالية:

- المهارات التي يكتسبها الطفل في بيئة ما لا بد وأن يؤديها في بيئات أخرى. فعلى سبيل المثال إذا ما تمكن الطفل من استخدام أصابعه في عملية مسك شيء ما فإنه قادر على أن يمكس بيده شيئاً ما أمام المعلم في الصف.

- المعلومات المتعلقة بالمهارات الحركية تعتبر ذات دلالة على مستوى الأداء الحركي.

- إن معرفة تسلسل المهارات الحركية في مستواها الطبيعي عند الطفل العادي تجعل من الممكن تقرير المستوى الذي يجب أن يبدأ تدريب الطفل المعوق جسمياً وصحياً من الناحية الحركية. بحيث يمكن

مقارنة أدائه الحالي بالتطور الحركي العادي. ومن ثم يقوم المعالج بتدريب الطفل المعوق جسمياً وصحياً على الخطوات التي يعاني من عجز فيها بالمقارنة مع النمو الحركي العادي.

- العلاج المقدم مرتان بالأسبوع ولمدة/ ٢٠-٣٠ دقيقة/ يقود إلى نمو المهارات الحركية لدى الطفل المعوق جسمياً وصحياً.

(Batshaw,et al,2004)

٢- نموذج العلاج المتكامل (Integrated Therapy Model)

بعد خضوع الطفل المعوق جسمياً وصحياً للمراحل المناسبة في التشخيص وقيام المعلم بإحالاته للمختص ليتلقى خدمات العلاج الطبيعي أو العلاج الوظيفي ضمن مبدأ التكامل والدمج فإنه من الأنسب اتخاذ الاجراءات التالية:

- على المعالج الحضور للمنزل أو الغرفة الصفية/حسب ما تستدعي الحالة/ ويراقب سلوك الطفل أثناء قيامه بالأنشطة المختلفة كاللعب والأكل واستخدام الحمام..... إلخ. ثم يقوم بتطبيق الاختبارات المتعلقة بنمط الأداء الحركي للطفل ومداه كذلك، ومن الأنسب القيام بذلك بحضور المعلم والأهل.

- ونتيجة للملاحظة والاختبارات التي طبّقها المعالج يتم وضع تصور حول حاجة الطفل الحركية في مجال ضبط حركة الرأس. انطلاقاً من أنّ هذا الطفل نادراً ما يقوم بضبط وضع رأسه في الوضع الرأسى السليم والصحيح.

- يشترك كل من المعالج والمعلم والأهل بوضع البرنامج المناسب لحركة الرأس والذي من الممكن تطبيقه في المدرسة أو البيت. على أن يتضمن البرنامج أيضاً أنماطاً أخرى لدعم النمو الحركي والمهارات الحركية.

- على المعالج القيام بتأمين خدماته المباشرة للطفل مرتين على الأقل.

- إضافة لخدماته الخاصة للطفل المعوق جسمياً وصحياً على المعالج تدريب المعلم والأهل لتنفيذ البرنامج في البيت والمدرسة في أكبر عدد ممكن من الأنشطة.

- من المفترض أن يُلاحظ تحسناً ملموساً لدى الطفل المعوق جسمياً وصحياً خلال شهرين على الأقل. عندها يقوم كل من المعالج والمعلم والأهل بالالتقاء دورياً لتتقح البرنامج وتعديله حسب الحاجة والهدف ضمان تحسن الطفل.

ومن أهم الافتراضات التي يقوم بها عليها هذا النموذج من العلاج:

تقييم المهارات الحركية للطفل المعوق جسمياً وصحياً تتم بشكل أفضل في المواقف الطبيعية والعادية بالبيت والمدرسة. فبعد انتهاء المعالج من ملاحظة الطفل يستطيع تطبيق الاختبارات المختلفة لتقييم مدى الأداء الحركي عنده. وذلك في مواقف منفصلة ومتعددة تضم العديد من المواد والاختبارات والأشخاص الآخرين.

تقدم المهارات الحركية للطفل على شكل مجموعات أو شكل كلي من خلال الأداء والأنشطة الحركية وذلك للأسباب التالية:

- إن تقديم المهارات الحركية والأنشطة الأدائية الكلية للمهمات يقوي ويؤدي إلى تدعيم النمو الطبيعي. فمثلاً لا يمكن فصل حركة الجلوس عن الزحف.

- يُعتقد أن التدريب الكلي أو على شكل مجموعات من خلال الأداء الفعلي والأنشطة المختلفة يؤدي إلى سرعة اكتساب تلك المهارات.

- إن الأداء الفعلي والأنشطة المختلفة يمكن أن تندمج وتتسجم مع جوانب أخرى من حياة الطفل.

من أجل أن تكون عملية التدريب على المهارات الحركية فعالة فإنّ العلاج يجب أن يكون طويلاً ويتمّ بالمواقف الطبيعية العادية للطفل ولذلك فإنّ العلاج يجب أن يقدّم يومياً وفي جميع البيئات التي يتفاعل معها الفرد.

من أجل أن تكون المهارات مفيدة يجب أن يدرّب عليها الطفل المعوق جسدياً وصحياً بشكل عملي (السرطاوي ، الصمادي، ١٩٩٨)

والله ولي التوفيق



المراجع العربية

- البطاينة، أسامة محمد ، الجراح ، عبد الناصر دياب (٢٠٠٧): علم نفس الطفل غير العادي، ط/١، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ، الأردن
- 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 الامارات العربية المتحدة.
- حواشين، زيدان نجيب - حواشين، مفيد نجيب (١٩٩٦): النمو البدني عند الطفل، ط (٢)، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- 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 - الحديدي ، منى، السرطاوي، عبد العزيز (٢٠٠٢) : إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، قراءات حديثة ، دار حنين للنشر ، عمان ، الأردن.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى، السرطاوي، عبد العزيز(١٩٩٢) : إرشاد أسر الأطفال، دار حنين، عمان، الأردن.
- الدماطي، عبد الغفار - الشخص، عبد العزيز(١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- الزريقات ، إبراهيم عبد الله فرج (٢٠٠٩): التدخل المبكر ، النماذج والإجراءات، دار المسيرة، الأردن.

- السرطاوي، زيدان أحمد، الشخص، عبد العزيز السيد (١٩٩٨) : *بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعوق* ، دار الكتاب الجامعي ، دولة الإمارات العربية المتحدة .
- السرطاوي، عبد العزيز، الفريوتي، يوسف ، الصمادي، جميل (١٩٩٥): *المدخل إلى التربية الخاصة*، دار القلم ،دبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.
- السرطاوي، عبد العزيز - الصمادي، جميل(١٩٩٨): *الإعاقات الجسمية والصحية*، ط١/، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- سمارة، عزيز - النمر ، عصام - الحسن، هشام(١٩٨٩): *سيكولوجية الطفل*، دار الفكر العربي، القاهرة.
- السيد، فؤاد البهي (١٩٩٧): *الأسس النفسية للنمو*، ط٤، القاهرة: دار الفكر العربي.
- سيسالم، كمال سالم (١٩٩٨): *المعاقون جسميا وصحيا في المدارس العامة*، دار الكتاب العربي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- الشخص، عبد العزيز - وهبة، حسام(١٩٩٥): *محاضرات في رعاية الأطفال غير العاديين*، مذكرة غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- صادق، فاروق(١٩٨٢): *سيكولوجية التخلف العقلي*، عمادة شؤون المكتبات جامعة الملك سعود، الرياض.
- عبد الحميد، جابر -كفافي، علاء الدين(١٩٩٠): *معجم علم النفس والطب النفسي*، الجزء ٣/، دار النهضة العربية، القاهرة

- عبد الحميد، جابر، كفاي، علاء الدين (١٩٩٢): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء ٥/٥، دار النهضة العربية، القاهرة.
- عبد الرحيم ، محمد السيد (٢٠٠٠): علم نفس النمو ، قضايا ومشكلات، مكتبة الزهراء ، القاهرة.
- عبد الرحيم، فتحي (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، ط ٤، الجزء الثاني، دار القلم، الكويت.
- عبد اللطيف، أذار (٢٠٠٦): العلاقة بين الدعم الاجتماعي وبعض الحالات النفسية والانفعالية لدى المعوقين حركيا، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- عبد اللطيف، أذار (٢٠٠١): العلاقة بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي لدى المعوقين جسديا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- عبد اللطيف، أذار (٢٠٠٣): المرجع في تدريب وتعليم المعوقين سمعيا في المدارس العادية، ط ١، دار كيوان للطباعة والنشر والتوزيع دمشق، سوريا.
- عوض، عباس محمود (١٩٩٩): المدخل الى علم نفس النمو ، الطفولة المراهقة الشيخوخة، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- كرم الدين، ليلي (٢٠٠٢): تنمية التفكير العلمي عند الاطفال، الأمانة العامة جامعة الدول العربية.
- 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.



المراجع الأجنبية

- Berkow R(editor in chief) 2002:*Merck manual of diagnosis and therapy*. Merck, sharp and dohme,n.j.pp140-146
- Bullock w.r.(2007): *Mycobacterium lepra*. In mandell, douglas, bennet (eds).principles and practice of infectious dis-eases. Wiley and sons. Newyork.pp1943-1953
- Best A,(1995): New morbidity: *implication for prevention of children's disabilities*, landed. London
- Best, c, o(2000): *Children with handicaps*: A medical primer, barleen.
- Baumeister, A& et al(2003): New morbidity: *implication for prevention of children's*. landed. London 1,1-16
- Bailey, D,& Wolery, M(2000): *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Columbus, ohio: Charles E. Merrill.
- Bleck, E& Nagel, E . D.(1999):*physically handicapped children*. N.Y grune & stratten.
- Batshaw ,M .L. et al(2004): *children with handicaps*: A medical primer Baltimore: paul H. Brookes.

- Bauer, A& Shea, T(1999): *Learners with Disabilities:*
Asocial systems perspective of special Edacation
- Bigge (1995): *Teaching Individual with physical and Multiple Disabilities*, Columbus.
- Deloach, C & et al(2000): *Adjustment to severe physical disability: A metamorphosis*, N.Y. McGraw Hill.
- Giltian, T (2000): *disabled people, their needs and priorities*, benfits be search unit, London.
- Gallagher, J& Kirk ,S & Anastasiow, N(2006): *Education exceptional children*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hanson ,M & et al (2000): *Teaching the young child with motor delays*. Austin TX: Pro– Ed
- Hbbbe,s(1995):*Personality Readjustment of Adolescent Boys with Impaired Hear*, Columbia.
- Jayaskank, b, s(2003):*Counseling of the M.R.Children, Child psychiatry Quarterly*, 17(3),pp109–112.
- Kauffman & Hallahan,1981: *Handbook of Special Education*, Prentic, Hal. N,J
- Meyers,C(1999): *Teaching student to think critically*. San Francisco. CA: Jossey–Bass publishers.

- Mandell,G(2001): ***Exceptional children in focus about self-concept.*** n. y
- Reigel, D& Rowley,F(1997): ***Teaching the student with spina bifida.*** Baltimore: paul H.Brookes.
- Rosen & Foord (995): ***The Disabled child Adult Believe,*** Londy of congress cutalging in publication Data.
- Singer, G, Marquis, j, Powers, L, Blanchard, L(1999) : ***A Multi-site Evaluation of parent to parent programs for parents of children with Disabilities,*** Journal of Early Intervention V(22) N(3) p.p 217-229.
- Wehman,p & Mclaughlin,p(1998): ***Developmental disabilities. A handbook for best practices.*** Boston: Andover Medical publishers
- Vincent, L(1988): ***What We have learned from families.***Osers,1(4), 3
- William Schwartz,2001: ***The Socialwark in the group.*** The social welfare forum. N. Yp 150
- Disability and*** – Who(2001): ***International classification of health*** ,London

مراجع الانترنت:

[http//mental help.net](http://mental help.net))

–(psyhelp/chap14/chap14d.htm.999.pp5-6

اللجنة العلمية :

أ.د. مها زحلق

أ.د. غسان أبو فخر

أ.د. كمال يلان

المدقق اللغوي:

د. نسيم عبيد

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكنب والمطبوعات الجامعية