# الإعاقة الحركية
# والشلل الدماغي



تأليف

د. عصام حمدي الصفدي



اليازوري

# فهرس المحتويات

## الوحدة الأولى

## تعريفات ومفاهيم أساسية



## الوحدة الثانية

## الشلل الدماغي



## الوحدة الثالثة

## المشكلات الجسمية

## الوحدة الرابعة

## الكشف المبكر



## الوحدة الخامسة

## برامج المعوقين حركياً



## الوحدة السادسة

## دور الإرشاد الأسري في الإعاقات الحركية

## الوحدة السابعة

## التأهيل المهني للمعوقين



## الوحدة الثامنة

## دمج المعاقين حركياً

# المقدمة

مع تطور الحضارة وانفتاح المجتمعات وتوسع آفاق بناءها، توسع الإهتمام بالمعاقين وذوي الحاجات الخاصة بصورة عامة، وتطورت طرق التخفيف من معاناتهم لتقريبهم من حياة الأصحاء، ولهذا انبثقت فكرة إنشاء مدارس ومؤسسات خاصة تحتم بوضع برامج معينة للمعاقين تمكنهم من إبراز مواهبهم وقدراتهم العقلية ومهاراتهم التي تنساب وضع كل حالة من حالاتهم، ودمجهم بالمجتمع، وعلى هذا الأساس ولضرورة تعريف كل من المدارس والتربوي وغيره من هو مسؤول عن رعاية مثل هذه الحالات ...أقدم هذا الكتاب مستعرضاً فيه الإعاقة الحركية وأهم المشكلات الجسمية وأنواع الإعاقة الحركية التي يعاني منها المعاقون حركياً، كما وضحت بكثير من الدقة أهم البرامج التي تطبق في المؤسسات ذات العلاقة وتأثيرها على مستوى التحصيل العلمي للمعاقين، وبينتُ دور الإرشاد الأسري وأهميته في مساعدة المعاق في تجاوز حالته وركزت على ضرورة تهيئة البيئة الملائمة لتطوير الطفل المعاق حركياً.

وبهذا يكون الكتاب عبارة عن فكرة كاملة عن كيفية التعامل مع المعاق وتهيئة كافة السبل والوسائل التي تنقل المعاق من حالة العالة الى حالة الإعالة ودخوله دائرة الإهتمام وذلك بمعرفة آلية نفسيته ومشكلاته للحيلولة دون الإنتكاس وفي النهاية تقريبه من حياة الأصحاء ويومياتهم.

# الوحدة الأولى

## تعريفات ومفاهيم أساسية

- مبادىء النمو الحركي.
- ماهية الإعاقة الحركية ونسبة حدوثها.
- أسباب الإعاقة الحركية والوقاية منها.
- التطور التاريخي لتربية وتأهيل الأشخاص المعوقين حركياً.
- واقع خدمات الإعاقة الحركية في الأردن.

# مبادىء النمو الحركي

النمو هو التغيرات الجسمية والحسية والفسيولوجية من حيث الطول والوزن والحجم، والتغيرات التي تحدث في اجهزة الجسم المختلفة والتغيرات العقلية المعرفية والتغيرات السلوكية الانفعالية والاجتماعية التي يمر بها الفرد في مراحل نموه المختلفة.

**القوانين العامة للنمو:**

لقد أسفرت الدراسات والبحوث في علم النفس النمو عن التوصل الى عدة قوانين ومبادىء وخصائص واتجاهات عامة تلقي الأضواء على النمو النفسي وتفيد في عملية التربية والتعليم والعلاج النفسي وفي عملية توجيه السلوك والتنبؤ بسلوك الفرد، وهذا يؤكد بصفة عامة ان النمو علم له حقائقه الموضوعية وقوانينه العلمية ونظرياته.

**أهم المبادىء والحقائق والقوانين العامة للنمو مايلي:**

١- النمو عملية مستمرة متدرجة تتضمن نواحي التغير الكمي والكيفي والعضوي والوظيفي.

٢- النمو يسير في مراحل.

٣- كل مرحلة من مراحل النمو لها سمات خاصة ومظاهر مميزة.

٤- سرعة النمو ليست مطردة.

٥- المظاهر العديدة للنمو تسير بسرعات مختلفة.

٦- النمو يتأثر بالظروف الداخلية والخارجية.

٧- الفرد ينمو نمواً داخلياً كلياً.

٨- النمو عملية معقدة لجميع مظاهره، متداخلة تداخلاً وثيقاً مترابطة ترابطاً موجباً.

٩- الفروق الفردية واضحة في النمو، وكل فرد ينمو بطريقة واسلوب خاص به.

١٠- النمو يسير من العام الى الخاص ومن الكل الى الجزء.

١١- النمو يتخذ اتجاهاً طويلاً من الرأس الى القدمين.

١٢- النمو يتخذ اتجاهاً مستعرضاً من المحور الرأسي للجسم الى الاطراف الخارجية.

١٣- النمو يمكن التنبؤ باتجاهه العام.

**توضيحات في نمو الطفل الطبيعي وغير الطبيعي:**

عندما ينطلق المولود السوي الجديد الى الحياة فانه كما نعرف يتصف بالعجز التام وعدم الانتباه لكل ما يحيط به وفهم ما يوجه اليه، مع انه يملك كل الامكانيات المساعدة على نموه، فهو الآن لايستطيع استخدامها والاستفادة منها، اما اذا كان صحيحاً معافى سيستطيع استخدامها بدون شك.

والتعقيد المتزايد الذي يحدث في سلوك الطفل من سنة الى ثلاث سنوات هو امر دراماتيكي وهذه التغيرات في العقل والجسم تشمل :زيادة في العمق في فهم عالم الأشياء والناس وبروز قدرات التقليد، والمشاركة في التظاهر باللعب والإتصال وكذلك تغيرات بشكل العلاقة الاجتماعية بين الاطفال ومن يتولون العناية بهم، وكل من هذه الانجازات مهم في حد ذاته، وبشكل أكثر وضوحاً فإن كلا منها يمثل خيطاً واحداً في النسيج يكون شخصية فردية متميزة، فلو راقبنا الطفل الرضيع فإننا

سنكتشف أموراً مستجدة كل يوم، فهو يمص ويبلع ويرضع ويحصل على الحليب من ثدي أمه او من زجاجته المحضرة له في كل وجبة، ففي البداية لايستطيع ان يرى جيداً حتى ولو كانت عيناه مفتوحتين، وبعد بضعة أيام تبدأ عيناه بملاحقة أشياء ملفته ومثيره له، وبعد أشهر ينظر الى من يتحملقون حوله، ويبتسم لامه لاول مرة، وفي شهره السادس فإنه يميز بين امه وغيرها، هذا الوليد لايستطيع استخدام اطرافه بمرونه وبمهارة واتقان، فهو يستخدمها بفوضى كونها تمنحه اللذة والمرح وهذا كل ما يبتغي الآن، وبعد ثلاثين يوماً، فقد ينجح في استخدام فمه عبر الإبهام ويبدأ بالمص، وفي شهره الثالث، فقد يسعى في الوصول الى الأشياء التي تجذبه مكتشفاً يديه ناظراً اليهما باستهجان وبعد ذلك يتعلم القبض على الأشياء وحملها الى فمه ويبدأ باكتشاف وجه امه عبر لمسها وبعد ذلك فقد يعمد الى استخدام اليدين ويلعب بلعبة ناقلاً لها من يد الى اليد الأخرى.

وبعد النصف الاول من عامه الاول، فقد يرفع رأسه ويلتفت لمن حوله ويحاول القعود وفي عامه الاول يحاول القيام ماسكاً بحافة تخته لكي يقف لوحده.

اذن في الفترة ما بين سنة وثلاث سنوات تنفجر الطاقة لدى الأطفال، يتسلقون ويبحثون ويفحصون كل شيء في عالمهم الصغير، ولايقوم الأطفال فقط باعلان استقلالهم بل انهم يحاولون بنشاط اثبات ذلك باظهار العناد، والقيام بما يحلو لهم وفي هذه الفترة يستطيعون تقوية رابطة الثقة مع من يتولى العناية بهم أساساً، وهذا يمكنهم من التحرك الى الامام نحو زيادة احساسهم بأنفسهم، ولديهم الآن سيطرة كافية على قواهم الجسمية بحيث يكون على درجة من الثقة في جهودهم للسيطرة على عالمهم المادي.

**نمو الدماغ:**

يستمر الدماغ في التطور بسرعة من سنة الى ثلاث سنوات، وعند الولادة

تكون الطبقة العليا من دماغ الانسان المعروفة (بالقشرة) كغطاء للمناطق السفلى، وتتلقى وتنقل الإشارات وتسيطر على الأفعال الجسدية، وهي الجزء الاقل تطوراً من الدماغ عند الولادة ولكن مع التعامل مع الناس والأشياء يبدأ دماغ المولود حديثاً بزيادة لفائفه وفتحاته والطبقة السطحية وقدراته على التفكير، وجغرافية القدرة الفكرية هذه لاتتطور بطريقة تلقائية ودفعة واحدة، بل يتماشى مع نمو الدماغ .

كذلك يتماشى التقدم الحسي والحركي للطفل مع نمو دماغه فبعض نواحي الدماغ المسيطرة على حركات الجسم تنمو قبل غيرها اما الاجزاء المرتبطة بالتكلم والتفكير فقد تتأخر في النمو فلا تستطيع مع هذا التقرير القول ما اذا كان الولد ذكياً ام لا، لكننا نلاحظ بعد ذلك الوعي لديه يزداد تدريجياً ونستخلص انه بدماغه أصبح قادراً على التذكر لوقت الغذاء او الحمام فتظهر عليه علامات السعادة والمرح.

اذن تعتبر السنتان الاوليتان فترة نمو سريعة للطبقة العليا من الدماغ وترتبط هذه التغيرات بالقدرات السيكولوجية للطفل في عامه الثاني الجديد وعلى سبيل المثال فإنه خلال السنه الثانية ترتبط الاجزاء المختلفة للدماغ ونتيجة لذلك فان مراكز الدماغ المسؤولة عن العاطفة وتلك المسؤولة عن المعلومات الخاصة بالرؤية والأصوات تصبح أكثر ارتباطاً، وينتج عن هذه التغيرات بروز مهارات اكثر تعقيداً مثل الوعي الذاتي، التخطيط وحل المشاكل، السيطرة الاختيارية على السلوك والتقاط اللغة، فيتضح لنا ان متابعة الطفل لوسطه يزداد وينمو ويحيا درجة بدرجة، وعندما يبدأ بالحبو فقد يتحسس محيطه محاولاً تجريب كل الاشياء وتفحصها والتعرف عليها.

فعندما يبدأ عامه الثاني فإن مساهمته في حياة أهله تنمو وتضطرد وتزداد وتنسجم مع حياة الذين هم أكبر منه ويتكيف سلوكه مع متطلبات غيره من الناس ويكفي حاجاته ويحصل على ما يريد في الأسلوب والطريقة المناسبة، فانتقاله من الرضاعة الى الطفولة الثانية امر متعب له ولامه معاً.

وهكذا كلما زاد العمل الذي يؤديه الدماغ كلما زادت قدرته على العمل، وكل طفل ينسج نسيجه الخاص به، والناس والأشياء في البيئة يزيدون المادة الخام لهذه التحفة الرائعة.

والأجزاء الأخرى من الدماغ التي تتطور بسرعة في هذا الوقت هي مناطق الإرتباط وهي المسؤولة عن أجزاء التفكير والكلام وتقوم القشرة الحسية بتلقي الرسائل من الحواس (النظر، السمع، اللمس، الذوق، الشم) وتمررها الى مناطق الترابط لترجمتها وتحليلها، ان نضوج هذه الدوائر المعقدة للدماغ يمّكن الاطفال في عامهم الثاني من ان يصبحوا واعين لأنفسهم ويبدأوا بحل المشاكل والسيطرة على سلوكهم، كذلك فإن الدماغ يوفر الجهاز الضروري لتحقيق التقدم في أهم جانب من هذه المرحلة .... الا وهو التطور في اللغة.

**الطفل غير الطبيعي:**

اما اذا كان الطفل لا سوياً، وهنا المشكلة والطامة الكبرى للأهل اي ان ذلك الطفل الذي يصدر منه سلوك او قدرة غير منسجمة مع نمط معين فقد تستطيع الأم ان تعي هذا الواقع وهو في السنه الثانية اذا كان مكتفياً او لا.

اذا لاحظ الأهل تصرفات معينة غريبة من الطفل، كأن يكون بسيطاً للغاية او ينام على سريره دون إهتمام ولايضحك اذا رأى اهله مثلاً ..الخ او انه يلاحظ اموراً ما من الواجب ان تسترعي اهتمامه ولايهتم، او يتأخر في تلقف الأشياء المتعلمة من الأطفال لتجعلهم محبوبين ، او ان تكون تصرفاته توحي بالغرابة وبوضوح وتختلف عن الغير ممن هم في مثل سنه او ان يكون بصورة دائمة عصبياً رديء المزاج صعباً، غير سعيد في حال واجه اطفالاً أسوياء، او انه يمشي مرتبكاً منفعلاً او لايستطيع الجلوس فإنه من الضروري ومن المحتم عرضه على طبيب، فربما قد منعت حالة غير ظاهرة من نموه بشكل سليم، فلعل السبب الذي يمنع قدرته على

التكلم انه لايسمع أو يسمع بصعوبة، او لعله لايحسن المشي لانه مشلول، فلايبدو الشلل دائماً على شكل ساق معلقة لاتقوى على الحراك فثمة أنواعاً من الشلل سببها دماغي وتؤثر على الحركات في مستويات مختلفة، فربما لايستطيع بعض الأطفال تحريك اطرافهم بسهولة لأنها يابسة، والطبيب المختص هو لذي يحدد العطل ان كان دماغياً او غير ذلك، ولسوف يفيدكم ان كان هذا الطفل متأخراً او ضعيف الذهن.

**ماهية الإعاقة الحركية:**

هناك عدد من التعريفات لماهية الإعاقة الحركية تلخص في النقاط التالية:

أ- عرف فهمي المعوق بأنه الفرد الذي لديه عيب يتسبب في عدم امكانية قيام العضلات او العظام او المفاصل بوظيفتها العادية وتكون هذه الحالة إما ناتجة عن حادثة او مرض او تكون خلقية.

ب- أما الروسان فقد عرفها بأنها حالات الأشخاص الذين يعانون من إشكال معين في قدرتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك على نموهم الإنفعالي والعقلي والإجتماعي، وتنطوي حالات الإضطرابات الحركية او الإعاقة العقلية تحت هذا المفهوم مما يتطلب الحاجة الى التربية الخاصة.

جـ- وضح السهو ان الفرد المعاق حركياً هو الشخص الذي لديه إعاقة جسدية تمنعه من القيام بالحركات اليومية بشكلها الطبيعي نتيجة إصابة أدت الى ضمور العضلات او نتيجة مرض معين وقد يكون فقدان الحركة مصحوب بفقدان حسي أيضاً في هذه الأعضاء المصابة مما يستدعي ضرورة تطبيق البرامج الطبية والنفسية والإجتماعية لمساعدته في العيش بقدر أكبر من الإستقلال ويساعده في دمجه بالمجتمع.

د- أما رمضان القذافي (١٩٩٤) فانه يبين ان هناك اربع أنواع للأشخاص الذين يطلق عليهم مصطلح المعوقين حركياً وهي:

١- المعاقون بسبب الحروب وإصابات العمل او الكوارث الطبيعية او عدوى الأمراض.

٢- المعاقون نتيجة إصابتهم باضطرابات في النمو.

٣- المعاقون نتيجة إصابتهم بالشلل الدماغي وهو مرض ناتج عن إصابة في بعض مناطق المخ.

٤- المعاقون نتيجة إصابتهم بمرض شلل الأطفال.

**الإعاقة الحركية ونسبة حدوثها:**

ان حساب نسبة الإعاقة الحركية مسألة في غاية الصعوبة وذلك لأنها تختلف من مجتمع لآخر تبعاً لعدة عوامل منها وراثية ومنها طارئة كالحروب والإصابات وغيرها من العوامل... ولكن مع التطور الطبي زاد الكشف عن هذه الحالات ومعالجة أسبابها مما قلل منها نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات والتي تعتبر في عداد الحالات الميئوس منها.

## أسباب الإعاقة الحركية

**هناك عدة أسباب للإعاقة الحركية وذلك حسب المرحلة التي يمر بها الفرد ومنها:**

**أولاً: مرحلة ماقبل الحمل**

ان العوامل الوراثية تحدد قدراً كبيراً من طبيعة العمليات النمائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف ان المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عدداً من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالموروثات (الجينات).

يتكون الزيجوت (الخلية الأولى للجنين) من ست وأربعين كروموسوم تنتظم

في ثلاثة وعشرين زوجاً، إثنا وعشرون زوجاً من هذه الكروموسومات متشابهة تماماً ويطلق عليها (الصفات العادية) في حين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس، احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات ينتج عنها إعاقات متنوعة منها الإعاقة الحركية.

**ثانياً: مرحلة ما بعد الحمل**

يكون الإهتمام في هذه المرحلة هي في وقاية الجنين من:

١- حالة تسمم الحمل نتيجة تورم القدمين عند الأم وارتفاع ضغط الدم، ووجود كمية كبيرة من البروتين في البول في الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل، تشير هذه الأعراض الى زيادة احتمال حدوث تسمم الحمل.

٢- المرض الكلوي المزمن، فيكون الحمل مصحوباً بارتفاع ضغط الدم، وتورم القدمين، وزيادة نسبة البروتين في البول، في معظم هذه الحالات تكون الولادة مبتسرة (اي قبل الموعد الطبيعي) وتمثل عملية الوضع خطورة بالغة على الأم، فقد تسبب هذه الأعراض تسمم الحمل وقد تهدد الحياة كل من الأم والجنين في الحالات الشديدة.

٣- السكري فعندما تكون الأم مصابة بهذا الداء قد تتعرض للإجهاض وخاصة خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، في حال استمرار الحمل تحتاج الأم في الأشهر الأخيرة منه لأن تخضع لنظام غذائي صارم ودقيق.

٤- عامل RH (العامل الرايزيسي).

٥- سوء التغذية.

**ثالثاً: عوامل تحدث أثناء الولادة وتسبب حالات من الإعاقة**

١- الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي).

٢- ميكانيكية عملية الوضع.

٣- وضع الجنين أثناء الولادة.

٤- وضع السخد (المشيمة).

٥- العقاقير والبنج (لما له من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد).

٦- الولادة المتعددة (ولادة التوأم).

**رابعاً: عوامل ما بعد الولادة:**

هناك بعض الإعاقات يتعرف عليها الوالدان بعد ولادة أطفالهم لكنها في الحقيقة حدثت قبل الولادة. إلا أنه لم يتم إكتشافها الا بعد ولادة الطفل بفترة، ولكن هناك حالات تحدث بعد ولادة الطفل وتكون لها آثار سلبية قد تؤدي الى فقدان حياته ومن هذه الحالات:

أ- العجز الدائم نتيجة العدوى او بعض الأمراض العصبية.

ب- تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصاً في منطقة الرأس او الحوادث التي تؤدي الى بتر الأطراف.

**الوقاية من الإعاقة الحركية:**

١- على الأم فحص الدم عند بداية الحمل، وفي الأشهر الثلاث الأخيرة منه لتجنب ضغط الدم، ومعرفة فئة الدم.

٢- الإمتناع عن الإجهاض المفتعل، باستعمال الأدوية والطرق الشعبية.

٣- التأكيد على دور الأساليب التربوية والنفسية المناسبة في الوقاية من الإعاقات السلوكية والإنفعالية، وفي الحد من المشكلات المصاحبة للإعاقات الأخرى، فهذه الأساليب قد تكون أكثر فاعلية على المدى الطويل من العقاقير النفسية.

٤- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المهني من حيث أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة الى الأسر التي أنجبت معوقين في الماضي، فالإرشاد الجيني ضروري لتحديد ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم لا.

٥- على الأم الحامل، ان تتجنب التعرض لأشعة أكس، خلال فترة الحمل، إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.

٦- الإكتشاف المبكر من قبل الوالدين للإعاقة عند أبنائهم، ومراجعة المؤسسات المختصة حال اكتشافهم للإعاقة ضروري جداً، لمعالجة العوامل المؤدية للإعاقة، اذا كانت قابلة للعلاج، او التخفيف من حجم الإعاقة بقدر الإمكان.

٧- تجنب تناول الأدوية مهما كانت الظروف، إلا بأمر وإشراف الطبيب.

٨- إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال فالمتابعة الصحية قد تحول دون حدوث حالات إعاقة محتملة.

٩- بذل جهود مكثفة لإعداد الشباب والبنات للأبوة والأمومة، فالوقاية تتطلب التوعية حول التدابير الاحترازية قبل الزواج ومرحلة ما قبل الحمل ولاتقتصر على مرحلة الحمل فقط، وتلك التوعية يجب ان تتضمن التعرف بعوامل الخطر الرئيسية وسبل تجنبها، إضافة الى الأنماط والعادات الصحية المناسبة، وفي المراحل اللاحقة ينبغي التعرف الى مراحل النمو الطبيعي وخصائصه في مرحلة الطفولة المبكرة ليتم الكشف عن اضطرابات النمو مبكراً، ومواصفات التغذية الجيدة بالنسبة لكل من الأم الحامل والطفل.

١٠- الوقاية من الحوادث والمحافظة على سلامة الأطفال سواء في المنازل او في المراكز التي تعني بهم الحضانات ورياض الأطفال، وذلك يتضمن حمايتهم وعدم تعريضهم لإساءة المعاملة وكذلك عمل كل من من شأنه منع حدوث إصابات بينهم، كإبعاد الأدوية والمنظفات والمواد السامة عن متناول أيديهم والإشراف عليهم

واختيار أدوات اللعب غير الخطرة وإيلاء اهتمام خاص بأدوات المطبخ والأجهزة المستخدمة في المنزل.

١١- توعية المجتمع بمخاطر تناول العقاقير دون وصفة طبية، من المعروف ان استخدام العقاقير دون استشارة الطبيب وخاصة في حالات الحمى ومشكلات العيون قد ينجم عنه مضاعفات خطيرة.

١٢- التأكد من التاريخ الإجتماعي لسلامة كلا الزوجين، وخلوه من حالات الإعاقة الحركية، قبل ان يقررا الإنجاب.

١٣- تحليل دم كل من الزوجين، والتأكد من أن دم الأم لا يحمل العامل الرايزيسي (RH-) واذا حدث وثبتت ان الام تحمل هذا العامل، فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب.

١٤- يفضل تلقيح الأم ضد مرض الحصبة الألمانية، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.

١٥- الإمتناع عن الإدمان على التدخين او الكحول كلياً.

**التطور التاريخي لتربية وتأهيل الأشخاص المعاقين حركياً:**

في السنوات الأخيرة من القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر، والتي كانت ما بعد الثورتين الامريكية والفرنسية استخدمت إجراءات وطرق فعالة في تدريب وتعليم الأطفال الذين كانوا يعانون من إعاقات حسية (كالصم وكف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا، ثم تلتها الإعاقة العقلية والحركية.

وقد كان شكل خدمات التربية الخاصة في ذلك الوقت ممثلاً بالحماية والإيواء في الملاجىء وذلك لحمايتهم او حماية المجتمع الخارجي منهم، حيث

يصعب عليهم التكيف، ثم تطورت تلك الخدمات وأصبحت تأخذ شكل تعليم المعوقين مهارات الحياة اليومية في مدارس ومراكز خاصة بهم.

ولم يكن الأشخاص المعاقين حركياً مقبولين إجتماعياً في المجتمعات القديمة، فقد كانت تلك المجتمعات تعتبرهم عبئاً عليها ولهذا كانت تتخلص منهم بأشكال متنوعة. وقد عرف الإنسان الإعاقة الحركية منذ أقدم العصور، فشلل الأطفال مثلاً، عرفه الإنسان منذ أكثر من خمسة آلاف سنة. إلا أن اول وصف عيادي واضح له ظهر عام ١٧٨٩م، وأول حملة واسعة النطاق للتطعيم بلقاح السالك (Salik vaccine) نفذت عام ١٩٥٤م. وبعد ان كان شلل الأطفال أكثر أسباب الإعاقات الحركية شيوعاً في عقد الأربعينات، فقد تم القضاء عليه تقريباً في بعض دول العالم في عام ١٩٦٦م. أما الشلل الدماغي فقد عرف من قبل المصريين القدماء انه قد تم تمييزه عن شلل الأطفال، وقد ظهرت بعض الكتب الطبية عن الشلل الدماغي منذ عام ١٤٩٧, إلا ان جراح العظام البريطاني وليام لتل قدم اول وصف عيادي للشلل الدماغي منذ عام ١٨٤٣م. ونسبة اليه فقد سمي هذا المرض باسم مرض لتل (Latte's Disease) لسنوات طويلة. بعد ذلك، قام كل من وليام جاورز ووليام اوسلر بإجراء بعض الدراسات وإلقاء المحاضرات الطبية حول الشلل الدماغي، وبعد ذلك طور برونسون كروثررز بعض الأساليب لمعالجة الشلل الدماغي. أما جيمس نايت ١٨٦٣م فقد أسس مستشفى للرعاية والعناية بالأطفال المعوقين حركياً في مدينة نيويورك ليقوم بتقديم المساعدات الطبية، ويعلم هؤلاء الأطفال داخل المستشفى، ثم توالى الإهتمام بوضع المعوقين حركياً، ثم تم تأسيس مركز لرعاية الزطفال المعوقين حركياً، ويقدم لهم علاجاً طبيعياً ويعلمهم مهارات العناية بالذات والتنقل وكذلك تأسيس المركز الوطني للرعاية والعناية بالمقعدين سنة ١٩٠٠م، كما نشطت الإهتمامات في مختلف الدول الأوروبية والدول النامية، ويعتبر الإهتمام بالتربية الخاصة في القرن العشرين وفي الولايات المتحدة وغيرها من الدول، ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في

أوروبا، وكذلك نتيجة لتقدم العلوم في ميادين علم النفس والتربية والإجتماع والطب، والقانون، تطورت طرق القياس والتشخيص للإعاقات وإعداد البرامج التربوية والمهنية.

وفي القرن العشرين كان هنالك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم كفاية وفاعلية أساليب العلاج الطبي التقليدي ولذلك انبثقت البرامج التربوية والتدريبية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لاتكفيان، وقد تطورت البرامج التربوية والتأهيل لخدمة الأفراد المعوقين جسمياً الذين كانوا يمكثون لفترات طويلة في المستشفيات بسبب إصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال والسل وغيرها.

وبعد ذلك أصبح هناك إحساس تدعم وازداد تدريجياً بحاجة ذوي الإعاقات الحركية الشديدة الى البرامج التربوية الخاصة، وهكذا، كان الأشخاص ذو الإعاقات الحركية الشديدة يمكثون في المستشفيات او البيوت، وقد تغيرت الصورة تدريجياً مع بداية القرن العشرين حيث بدأت بعض الدول بإنشاء صفوف خاصة للمعاقين حركياً في المدارس العادية، ومع إدراك المجتمعات الإنسانية وتعليمها للحاجات التربوية الخاصة للأطفال المعاقين حركياً، انبثق الإهتمام بإعداد وتأهيل المعلمين للعمل مع هذه الفئة من الأطفال. وكانت نماذج التعليم متنوعة وتشمل التعليم في المنزل او في المستشفى او في الصفوف وأنشأت بعض الدول مدارس خاصة للأطفال المعاقين حركياً، وهذه المدارس مكيفة من حيث المداخل والأبواب والحمامات لتسمح للطلاب بالتحرك والتنقل دون حواجز، وما زالت المدارس الخاصة للمعاقين حركياً موجودة الا ان التوجه الحديث يتمثل بدمج هؤلاء في المدارس العادية الحكومية. وهذا التوجه يعكس نجاح الضغوط التي مارستها الجماعات المدافعة عن حقوق المعوقين التي أدت الى تعديل الإتجاهات وإصدار التشريعات وتفعيل البرامج والخدمات.

وكان القانون العام ١٤٢/٩٤ سنة ١٩٧٥م والمعروف (باسم التربية لكل

الأطفال المعوقين) والذي تبنته الأمم المتحدة، من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعاقين. كما نادت الأمم المتحدة بأن يكون عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعاقين، بقصد لفت أنظار شعوب العالم ودوله الى مشكلة المعوقين والذين يبلغ تعدادهم ٤٥٠ مليون معوق. وقد هدفت من وراء ذلك الى مساعدة المعوقين على التكيف النفسي والحسي مع المجتمع، والتشجيع على تقديم المساعدة والرعاية والتدريب والإرشاد الى المعوقين، وإتاحة فرص العمل المناسب لهم. وتأمين دمجهم الشامل في المجتمع، وهذا بالإضافة الى تثقيف الجمهور، وتوعيته بحقوق المعوقين في المشاركة في مختلف نواحي الحياة الإقتصادية، والإجتماعية، والسياسية والإسهام فيها.

**واقع خدمات الإعاقة الحركية في الأردن:**

ان التدريب المهني للمعوقين بصورة عامة يصادف بعضاً من الصعوبات او المشاكل فالتأهيل المهني كعملية لاتتم مع الأطفال بل مع عناصر متقدمة قليلا في العمر وبذلك قد تواجه هذه العملية عقبات تعليم الكبار، كما وأن التأهيل يتطلب إمكانيات مادية وبشرية كبيرة لاتتوفر لكثير من المجتمعات، وأخيراً عدم وجود مقاييس مقننة تقيس قدرات المعوق عند اختيار المهن المناسبة له.

وتعتبر الأردن من أكثر الدول النامية اهتماماً بالمعوقين وخاصة الإعاقة الحركية ويتمثل ذلك في توفير التشخيص والرعاية للمعوقين حركياً، **ومن أهم المراكز للمعوقين حركياً ما يلي:**

١ـــ مركز رعاية المشلولين في المفرق عام ١٩٧٣م، تم تأسيس دار رعاية المشلولين/ المفرق والتي أصبحت مركز رعاية وتأهيل المعوقين حركياً في الوقت الحالي، ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل المهني والعلاج الطبيعي في القسم الداخلي والخارجي وبطاقة استيعابية تبلغ حوالي (٦٠) طالباً وطالبة.

٢- مركز التأهيل والتدريب المهني في الرصيفة، شهد عام ١٩٧٣م تأسيس مركز التأهيل المهني/ الرصيفة لتدريب الأفراد من (١٦-٤٥) سنه من فئات الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية والحركية، وتم إحداث برامج وخدمات تتواءم مع فئات المنتفعين وتدريبهم على مجموعة من المهن المختلفة مثل النجارة والحدادة والخياطة وتجليس السيارات وأعمال القش والخيزران وصناعة الأحذية والجلديات وغيرها من المهن الممكن تدريب الطلبة عليها.

- جمعية الحسين لرعاية الطفولة في عام ١٩٧٩م تم تأسيس مركز جمعية الحسين لرعاية وتأهيل المشلولين/ عمان والتي تقدم خدمات للأفراد المعوقين حركياً تتمثل في التعليم والتدريب والتأهيل المهني والعلاج الطبيعي في القسم الداخلي والخارجي.

٤- مؤسسات للعناية بالشلل الدماغي في عمان واربد.

٥- مركز التأهيل والتدريب المهني في اربد، في عام ١٩٨٣م قامت وزارة التنمية الإجتماعية بتأسيس مركز التأهيل المهني في محافظة اربد بهدف تقديم خدمات التدريب والتأهيل المهني لمختلف فئات المعوقين القادرين على التدريب للأعمار من (١٦-٤٥) سنة.

# الوحدة الثانية

- تعريفات الشلل الدماغي
- تصنيفات الشلل الدماغي
- أسباب الشلل الدماغي
- الاعاقات ا الثانوية لمصاحبة للشلل الدماغي
- المشاكل الخاصة التي يعاني منها المصابون بالشلل الدماغي.
- الوقاية من الشلل الدماغي

# الشلل الدماغي

## تعريفات الشلل الدماغي:

يشير الشلل الدماغي إلى نوع من العجز الحركي ينتج عن اصابة المخ بنوع من التلف، وتوجد انواع أخرى من الشلل لا ترجع الى اصابة المخ، من هذه الانواع الشلل الذي يصيب العمود الفقري الناتج عن التهاب النخاع الشوكي السنجابي أو الشلل الذي يصيب الاطراف من النوع الذي نلاحظة في التلف العضلي، وأن تلف المخ الذي ينتج عنه العجز الحركي الذي يطلق عليه الشلل المخي يمكن أن يترتب عليه ايضاً اضطرابات في النطق، أو الكتابة أو غير ذلك من الاضطرابات التي تصيب المخ يمكن أن ينتج عنها اضطرابات سيكولوجية، دون أن يؤثر على القدرة الحركية للفرد.

كذلك يشير الشلل الدماغي الى أنه تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عنه تشوه أو اصابة الانسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.

كذلك الشلل الدماغي هو مجموعة من الاعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بيئة الجهاز العصبي المركزي أو نموه.

والشلل الدماغي اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالباً اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية.

وهناك مصطلح علمي آخر يطلق للتعريف على عدة اصابات وتلف في الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي الى شلل بالعضلات مع وجود حركات غير ارادية مفاجئة، وفقدان للتوازن وتيبس وتشنج بالعضلات في معظم المرضى المصابون،

وقد يكون هذا المرض مصحوباً مع تخلف عقلي أو نوبات من الصرع أو اختلال في الاحساس في الاجزاء المصابة، طبعاً في حالة اصابة العضلات أو جزء منها بالشلل فإنها تؤدي الى تشوه في الشكل العام للمريض وتحدد في حركة المفاصل ولعدم وجود توازن بين العضلات يصبح معها المريض معوقاً حركياً بنسبة اصابته.

اما التعريفات الاخرى فتسمي الشلل الدماغي ايضاً بشلل الاطفال القشري وهو مرض فيه عجز حركي نتيجة لتغيرات في المخ موجودة منذ الولادة أو بعد الولادة بفترة قصيرة ويظل أثرها طيلة حياة الفرد، ولعل أهم عرض في هذا المرض هو التشنج أو التقلص الذي يعتري اما جانب من الجسم أو عضو من الاعضاء أو كل اعضاء الجسم ايضاً في الحالات الحادة.

اذن الشلل الدماغي هو الاصطلاح الذي يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض الى اصابة دماغه الطبيعي بعارض بسبب عدم اكتمال نموه أو تلف في خلايا الناطق المسؤولة عن الحركة ومعرفة القوام والتوازن، وذلك اثناء فترة نموه الطبيعي ( وبعد تكونه جنيناً وحتى اكتمال الثانية من العمر).

وكلمة الشلل تشير الى عدم تمكن الطفل من تحقيق التطور الطبيعي في الحركة مثل السيطرة على عضلات الرقبة والجذع واستعمال اليدين والجلوس والزحف والوقوف والمشي.

وكلمة الدماغي: تشير الى أن السبب في ذلك يعود الى عدم اكتمال نمو أو خلل في خلايا المناطق المسؤولة عن الحركة والقوام والتوازن في الدماغ ( الجهاز العصبي المركزي).

إذن فالشلل الدماغي مصطلح ذو مدلول واسع يستخدم عادة للاشارة الى اي شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي.

**تصنيف الشلل الدماغي:**

**١ –الشلل الدماغي التقلصي ( التشنجي) : Spastic**

اكتشفه الدكتور Little في لندن عام ١٩٦١ ، ويظهر هذا المرض على الشكل التالي: يفقد الطفل توازنه وتظهر حركات لا ارادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الاصابة.

اذن تقلصي يعني وجود شد أو تقلص في العضلات، تقلص العضلات بجعل الحركات بطيئة وضعيفة، والتعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الاوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية لذا فإن الطفل يجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الاوضاع وهذا يسبب فقدان انواع مختلفة من الحركات فهم دائماً يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة وبالتدريج ممكن أن تتكون تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض، أو الركبتين، أو الاصابع أو القدمين.

كذلك فإن عضلات الجسم تصبح ضعيفة نتيجة عدم استخدامها وبقائها في اوضاع معينة ولكونها ذي مدى حركي محدود وتتطلب جهد كبير، وتؤدي الحركة المفاجئة الى انقباض شديد في العضلات وهذا ما يطلق عليه اسم انعكاس الانبساط، واذا كانت الاطراف السفلى مصابة فإنها تأخذ وضعاً خاصاً يسمى وضع المقص، في هذا الوضع تقترب الرجلان من بعضهما بسبب انقباض العضلات فيهما، وقد يحدث دوران القدم الى الداخل.

**٢ –الشلل الدماغي الالتواثي ( التخبطي) أو الكنعاني: Athetosis**

ينتج عن اصابة الجزء الامامي الاوسط من الدماغ، ويترتب على هذا العجز درجة اكبر مما يحتوي عليه النوع التشنجي، وتبدو مظاهر الشلل الالتوائي واضحة من بعض الاعراض منها: الاهتزاز المستمر، الحركة غير المعتدلة، سيلان اللعاب،

التواء الوجه، عدم اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين، التقلصات اللاارادية في العضلات التي تنتج عن درجة واضحة من عدم القدرة على التنسيق العضلي الحركي، وتكون قدرتهم على الكلام محدودة لعدم مقدرة الطفل على ضبط العضلات المسؤولة عن الكلام مما يجعل كلام الطفل غير واضح وغير مفهوم، وتعاني نسبة كبيرة من بعض اشكال الاعاقات السمعية.

هذا ويصنف الشلل الدماغي الالتوائي بنوعين رئيسين هما:

الشلل التوتري والشلل غير التوتري، يتصف النوع التوتري بتوتر عضلي شديد، إلا أن هذا النوع من التوتر يختلف عن التوتر المصاحب للشلل التشنجي، ففي الشلل الالتوائي التوتري تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر الى استرخائة في حين يؤدي ذلك الى التيبس في حالة الشلل الدماغي التشنجي، اما بالنسبة للنوع غير التوتري فيتصف بحركات التوائية دون حدوث توتر عضلي شديد، وهذه الحركات انواع عديدة منها الحركات الدورانية والاوضاع الخاطئة والحركات الراقصة.

**٣ –الشلل الدماغي التخلجي ( اللاتوازني): Ataxia**

ينتج عن اصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن وتكون حركات الطفل غير متزنة يسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي الى حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي الى صعوبة التوجيه الحركي المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويداه ممتدتان الى الامام ليحافظ على توازنه لذا يتم وصفهم بالسكارى.

**٤ –الشلل الدماغي الارتعاشي: Tremor**

يظهر في هذا النوع من الشلل الدماغي اشكال مختلفة من الارتعاش، هذا الارتعاشي قد يكون شديداً أو خفيفاً، كما قد يكون سريعاً أو بطيئاً، الا أن الارتعاش

يكون عادة قاصراً على مجموعات معينه من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة، ويكون لا ارادياً تماماً، وتحدث هذه الحالة نتيجة لعدم المقاومة لاي حركة للعضلات.

**٥ –الشلل الدماغي التيبسي: Rigidity**

يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الاطراف، ونظراً لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو اي نوع آخر من انواع الحركة، وتكون الاصابة رباعية، وقد يصحبها صغر الرأس، تخلف عقلي شديد.

وقد يحتوي الشلل الدماغي المختلط والذي يكون نوعين معاً: الشلل التشنجي والشلل التشنجي والشلل الالتوائي، لذا يسمى الشلل المختلط Mixed type وفي هذه الحالة تكون مصحوبة باعراض النوعين من الانواع السابقة وسببها اصابة اكثر جزء من اجزاء الدماغ.

**تصنيف الشلل الدماغي تبعاً لشدة الاصابة:**

يصنف الشلل الدماغي تبعاً لشدة الاعاقة الحركية الى الانواع التالية:

١ –الشلل الدماغي البسيط: يعاني الطفل المصاب بالشلل الدماغي البسيط من مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج، فهو يستطيع الاعتناء بنفسه، ويستطيع المشي دون استخدام اجهزة أو ادوات مساندة.

٢ –الشلل الدماغي المتوسط: يكون النمو الحركي في الشلل الدماغي المتوسط بطيئاً جداً، الا أن الاطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة ويتعلمون المشي في النهاية باستخدام ادوات مساندة احياناً.

وبشكل عام فهؤلاء الاطفال بحاجة الى الخدمات العلاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام والعناية بالذات.

٣ -الشلل الدماغي الشديد: تكون الاعاقة الحركية شديدة فتحد من قدرة الطفل على العناية الذاتية، والحركة المستقلة، والكلام، لذا فهؤلاء الاطفال بحاجة الى علاج مكثف، ومنظم، ومتواصل.

**اسباب الشلل الدماغي:**

**١ -اسباب ما قبل الولادة:**

أ-تشمل على الامراض الفيروسية في الاسابيع الاولى من الحمل عندما تكون خلايا الدماغ للجنين في وضع نمو وتطور مثل الحصبة الالمانية.

ب-الالتهابات الاخرى التي تصيب الحامل ولا يتم تشخيصها اثناء الحمل ربما تسبب شلل دماغي أو ربما تحدث مشاكل في الرحم.

جـ- اسباب اخرى وهي اذا كان ضغط الدم للحامل مرتفع بشكل كبير أو كانت مصابة بسكري متقدم اثناء الحمل وغير مسيطر عليه بالادوية.

**٢ -اسباب اثناء الولادة:**

اذا كانت عملية الولادة طويلة ولم يتنفس الطفل بشكل مباشر بعد الولادة ممكن أن يحدث شلل دماغي مع الطفل، قبل الولادة يحصل الدماغ على الاكسجين من خلال الدم الذي يزود به الطفل بواسطة الحبل السري، حالما يولد الطفل تصدر الاوامر بالحصول على الاكسجين أو يلجأ الطفل للحصول على الاكسجين من رئتيه.

الخلايا الدماغية تحتاج الى الاكسجين لتستمر بالحياة واذا لم يحصل عليه فإن بعض هذه الخلايا سوف تموت ومن الممكن حدوث الشلل الدماغي.

واليرقان ايضاً سبب آخر من اسباب الشلل الدماغي أنه ناتج عن عدم قيام الكبد بوظائفه كما ينبغي في الايام القليلة الاولى من الحياة، أو نتيجة عدم تفريغ الكبد لافرازاته في مجرى الدم مما يسبب تلف في الدماغ الغير مكتمل أو ناضج.

**٣ –اسباب بعد الولادة: وتشتمل على:**

أ–الالتهابات الفيروسية التي تصيب الدماغ عندما يكون غير مكتمل وخاصة التهاب السحايا ( اغشية الدماغ المبطنه للدماغ) فإذا اصيبت تنتفخ أو تتضخم وتسبب تحطم في انسجة الدماغ نفسها ينتج التهاب السحايا عن انواع مختلفة من الفيروسات ومن المهم دائماً أنه اذا لوحظ على الطفل اية اعراض غير طبيعية وعلى الاخص ارتفاع درجة الحرارة يجب مراجعة الطبيب.

ب–الحوادث التي تسبب اصابات الرأس ممكن أن يكون نتيجتها شلل دماغي في الاطفال الصغار وذلك بسبب أن عظام الجمجمة لا تلتحم بشكل كلي الا عندما يبلغ عمر الطفل من ٩ –١٢ شهراً.

وتكون هناك منطقة طرية في النافوخ بين عظام الجمجمة، هذه المنطقة يجب اخذ الحذر الكامل لتجنب الضغط عليها لذا اي حركة مفاجئة أو الهز المفاجئ للطفل يجب تجنبها وغالباً يجب أن لا يترك الطفل على اسطح عالية دون اشراف وعليه يجب اخذ الحذر الكامل عند رفع الاطفال حديثي الولادة لأن الحوادث يمكن حصولها بسهولة كبيرة.

جـ–الحرارة العالية جداً:

ارتفاع الحرارة الناتج عن الالتهابات أو عن فقدان السوائل كما في الاسهال وكل ذلك ممكن أن يسبب شلل دماغي فالاطفال حديثي الولادة تكون اجسامهم

صغيرة ممكن حدوث الجفاف بسرعة، والجفاف الشديد أو فقدان السوائل الشديدة يسبب ورم أو انتفاخ في انسجة الدماغ وتلفها مرة اخرى في حالات الاسهال لدى الاطفال ويجب اتباع ارشادات الطبيب بدقة.

واخيراً نلخص **اسباب الشلل الدماغي** بشكل عام:

١ –نقص كمية الاكسجين أو المواد الغذائية اللازمة لتغذي حجيرات الدماغ في فترة نموه اثناء الحمل واثناء الولادة أو بعد الولادة.

٢ –اصابة الحامل بالنزيف الشديد في الاشهر الاولى أو الاشهر الاخيرة من الحمل.

٣ –تسمم الحمل اثناء الفترة الاولى من الحمل.

٤ –اصابة الحامل بالحصبة الالمانية اثناء فترة الحمل أو فيروسات اخرى.

٥ –تناول العقاقير المضرة بالحمل بالاشهر الاولى من الحمل.

٦ –عدم توافق دم الوالدين من ناحية العامل الرايزيسي فتؤدي الى تكسر الكريات الدموية للطفل فيصاب باليرقان الشديد بعد الولادة وتترسب المادة الصفراء في الدماغ الاوسط مما يؤدي الى الشلل الدماغي.

٧ –تعرض المرأة الحامل الى اشعة اكس لمدة طويلة بالايام الاولى من الحمل.

٨ –الولادة العسرة، أو الولادة المبكرة.

٩ –التهاب الدماغ والسحايا في الاطفال في سن مبكرة بعد الولادة.

١٠ –حوادث السقوط مباشرة على الرأس في سن الطفولة.

١١ –اسباب غير معروفة.

**الاعاقات الثانوية المصاحبة للشلل الدماغي:**

التلف المخي الوظيفي الذي ينتج عنه الشلل الدماغي يمكن أن يسبب اشكالا اخرى متنوعة من الاعاقات سواء بشكل فردي أو في صورة مجتمعة، كما هو الحال في اشكال العجز النيرلوجي – الحركي حيث يمكن أن يؤثر الشلل على احد الذراعين واحد الساقين، أو كل الذراعين والساقين، فإن التلف المخي الوظيفي قد يسبب انحرافاً في الوظائف السيكولوجية بشكل منفرد، أو في مجموعة من الوظائف، أو قد لا يترتب عليه اي نوع من الانحراف في الوظائف السيكولوجية، وتضم اشكال الانحراف في الوظائف السيكولوجية التي يمكن أن تنتج عن التلف المخي الوظيفي التخلف العقلي، أو قصور في الابصار، أو قصور في السمع، أو اضطرابات في النطق، أو اعاقة الادراك البصري –الحركي.

**١ –التخلف العقلي:**

الاشكال المختلفة لاضطرابات النطق وعدم القدرة على ضبط الحركة التي تبدو واضحة على الطفل المصاب بالشلل الدماغي، كثيراً ما تعطي للشخص العادي انطباعاً بأن هذا الطفل يعاني من تخلف عقلي، والعلاقة بين درجة الذكاء وبين درجة الاعاقة الجسمية الناتجة عن الشلل الدماغي علاقة ضعيفة، احد الاطفال يمكن أن تبدو عليه درجة حادة من الارتعاش، أو تظهر عليه دلالات الحركة غير المضبوطة وغير المتسقة، وفي نفس الوقت قد يكن طفلاً متفوقاً عقلياً، وطفل آخر قد يكون مصاباً بالشلل الدماغي بدرجة بسيطة ربما تجعل المظاهر الجسمية للاصابة غير ملحوظة للآخرين، الا أنه قد يكون طفلاً متخلفاً عقلياً بدرجة شديدة، فالغالبية العظمى من حالات التخلف العقلي لدى الاطفال المشلولين دماغياً من المستوى البسيط.

**٢ –الاعاقة السمعية:**

من المشكلات التي تواجه القائمين بتشخيص أو علاج حالات الاطفال

المصابين بالشلل الدماغي، ما اذا كان التلف قد أثر على حالة السمع، ولما كان السمع لا يتضمن وظائف حركية من تلك التي تتضمنها حركة العين، وقد دلت نتائج البحث المسحية أن الاعاقة السمعية بين الاطفال المصابين بالشلل الدماغي ليست شائعة كالاضطربات البصرية.

**٣ –الاعاقة البصرية:**

اشارت الدراسات الى أن عدداً كبيراً من الاطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي يعانون من اعاقات بصرية مصاحبة للشلل الدماغي.

**٤ –عيوب النطق والكلام:**

اشارت الدراسات الى أن نتيجة الاضطربات النيرولوجية – الحركية، تظهر اضطرابات النطق لدى ٧٠٪ تقريباً من الاطفال المصابين بالشلل الدماغي وأن اضطرابات النطق شائعة بين الاطفال من النوع الكنعاني اكثر مما توجد بين الاطفال من النوع التشنجي.

وتأخذ مشكلات الكلام واللغة اشكالاً متعددة منها:

أ–الحبسة.

ب–عسر الكلام.

ج–تأخر الكلام.

د–بعض الاطفال المشلولين دماغياً يعانون من عدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة وتنظيمها.

**٥ –الاضطرابات الادراكية:**

عرف الادراك باشكال مختلفة من جانب علماء مختلفين، الا أن معظم التعاريف تضم في عملية الادراك المشكلات الحسية: السمعية والبصرية واللمسية

وغيرها، فيما يتعلق بالاطفال المصابين بالشلل الدماغي حصل الادراك البصري على اقصى قدر من الاهتمام والتركيز.

**المشاكل الخاصة التي يعاني منها الاطفال المصابون بالشلل الدماغي:**

تتمثل المشاكل الخاصة والتي تميز الشلل الدماغي عن غيره من الاعاقات الحركية الاخرى في كون أن هناك اضطرابات في النمو، ليس فقط في النمو الحركي بل في النمو الحسي والانفعالي والتنفسي والإجتماعي، وغيرها من التفاعلات ما بين كل مرحلة من مراحل نمو الطفل وشخصيته وبيئته، لذلك لو نظرنا الى مطالب النمو من سن يوم الى ١٢ سنة مثلاً والتي على اساسها نحكم بمدى طبيعة نمو الطفل نجد أن:

١ –الطفل المصاب يعاني من صعوبة في تناول الاطعمة الصلبة.

٢ –صعوبة في تعلم المشي أو الكلام أو ضبط الاخراج.

٣ –لا يحاول استكشاف البيئة.

٤ –تأخر في تعلم النطق أو قد يكون معدوماً.

٥ –اضطرابات في نمو الثقة بالذات وبالآخرين.

٦ –عدم التميز بين الاشياء مثل الخطأ أو الصواب حار، بارد.. الخ.

٧ –لا يستطيع الباس نفسه ولا يستطيع أن يحفظ جسده نظيفاً.

٨ –تأخر في الدراسة والكتابة.

٩ –عدم تعلم المهارات الحسية والإجتماعية.

اما من ناحية **النمو الجسمي والحركي** ودون تحديد العمر أو درجة الاصابة:

١ –صعوبة في امتصاص حلمة الثدي.

٢ –صعوبة في البلع ( نتيجة ضعف عضلات البلع).

٣ –صعوبة في التآزر الحركي البصري.

٤ –صعوبة في الاخراج (البول والبراز).

٥ –عدم الاستجابة للاصوات الخارجية والكثير من الحالات يعاني من حالات تشنج ( صرع خفيف).

٦ –صعوبة في رفع الرأس والجذع عند وضعه على بطنه.

٧ –عدم التعرف على من يحيطون به ويعرف ذلك نتيجة لعدم التفاعل مع من حوله من ضحك وتآزر بصري وعدم متابعة الاشياء المتحركة.

٨ – نلاحظ كذلك اشتداد في الاوتار والعضلات في الاطراف والظهر أو البطن، (صعوبات في حرية حركة المفاصل) واهمال مثل هذه التشنجات ينتج عنها تشوهات عظيمة وخاصة في الاطراف والعمود الفقري.

٩ –عدم القدرة على الجلوس في الوقت المحدد لنموه وحتى بمساعدة الاشياء والاخرين.

١٠ –تأخر في النهوض من وضع الجلوس والوقوف.

١١ –عدم القدرة على الوقوف الناتج عن تشنج في الاوتار العضلية وعدم مقدرته على مسك الاشياء المساعدة في عملية النهوض والوقوف.

١٢ –بالاضافة الى هذه النقاط نجد أن بعض الحالات تعاني من حالات الصرع.

ومن هنا نجد أن النمو الحركي والحسي السليم هو اساس نمو النواحي الإجتماعية والنفسية وغيرها، لذلك في حالة اصابة الطفل في نموه وخاصة في سن الطفولة المبكرة فهذا بالتالي يؤخر حتى في جميع نواحي النمو اذا ليس فقط الحركية، وانما النواحي الإجتماعية والحسية والانفعالية له كذلك.

**الوقاية من الشلل الدماغي:**

من الممكن التقليل من الاصابة بالشلل باتباع الاساليب الوقائية التالية:

١ -العناية بالحامل منذ بداية حملها والتأكد من خلوها من الامراض وفقر الدم وسوء التغذية ومضاعفات الحمل وذلك بزيادة مراكز الامومة والطفولة بحيث يتسنى لكل حامل في البلاد مراجعتها.

٢ -التثقيف الصحي من قبل مراكز الامومة والطفولة ووسائل الاعلام المختلفة حول صحة الحامل وتغذيتها ومضار استعمال الادوية بشكل اعتباطي، وعدم تعريضها للاشعة الا عند الضرورة القصوى وفي الاشهر الاخيرة من الحمل فقط.

٣ -اجراء الفحوصات المخبرية الاساسية لكل حامل:

أ-فحص الدم العام للتأكد من عدم وجود فقر الدم في الاشهر الاولى والاخيرة من الحمل.

ب-فحص الدم وعامل RH† واتخاذ الخطوات اللازمة اذا كان عامل سالباً.

ج-فحص الضغط بصورة دروية.

٤ -عقد دورات تدريبية للقابلات الاهليات الممارسات يعلمن فيها مضاعفات الحمل والولادة واساليب الولادة الصحيحة واعراض الخطر عند الحمل أو الولادة لاحالتها الى الطبيب أو مركز الامومة والطفولة أو اقرب مستشفى ولادة، وكيفية اسعاف الام والوليد وهذا من اهم العوامل التي تؤدي الى تخفيف نسبة الوفيات والاصابات عند الامهات والمواليد.

٥ -العناية بالحوامل المعرضات اكثر من غيرهم لمضاعفات الحمل والولادة كالصغيرات والكبيرات في السن اللواتي لهن تاريخ مرضي سابق.

٦ –اجراء الفحوصات الطبية بالنسبة للمتقدمين على الزواج من قبل لجان طبية تعينها وزارة الصحة والتأكد من عدم وجود امراض وراثية.

٧ –تحديد سن الزواج بالنسبة للإناث بعمر ١٦سنة.

٨ –تلقيح الفتيات ضد الحصبة الالمانية تلقيحاً الزامياً في سن ١١ –١٢سنة مع تلقيح كافة المراهقات والمقدمات على الزواج والامهات الغير ملقحات على أن يجري التلقيح قبل الحمل بثلاثة اشهر.

٩ –العناية بصحة المراهقات وتغذيتهن عن طريق الارشاد الصحي في المدارس الاعدادية والثانوية وعن طريق وسائل الاعلام.

١٠ –تنظيم الاسرة وارشاد الامهات والعائلات حول مخاطر الحمل المبكر والحمل بعد سن الخامسة والثلاثين فما فوق وتأثير ذلك على صحة الام والوليد.

١١ –التشخيص المبكر: فحص المواليد فحصاً دقيقاً من قبل مركز الامومة والطفولة واطباء الاطفال ومراقبة نمو وتطور الطفل بالمقارنة مع المعدل.

# الوحدة الثالثة

## المشكلات الجسمية

- الضمور العقلي.
- الكساح.
- امراض القدم.
- الاحديداب.
- الجنف.
- امراض المفاصل والروماتيزم الراثواني.
- خلع الورك الولادي.
- شلل الأطفال.
- تلف النخاع الشوكي.
- بروز النخاع الشوكي.
- إصابات النخاع الشوكي.
- شلل الأطفال الناتج عن تشوهات خلقية بالعمود الفقري لدى الأطفال.
- الشلل النصفي.
- البتر.
- الصرع.
- السكر.
- الكسور.
- العاهات.
- إصابات الرأس.
- هشاشة العظام.
- مرض لج-بيرثز.
- مرض اوسجود-شلاتر.
- البزح.
- الجذام.
- القزمية.

# المشكلات الجسمية

يمكن تصنيف المشكلات الجسمية على النحو التالي:

**المشكلات العصبية:**

وتنجم عن اضطراب او تلف في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ، والنخاع الشوكي)، ومن اعراض هذه المشكلات: الحركات غير الإرادية، التشنجات المتكررة، الصداع، الغيبوبه، الرجفة في أحد الأطراف، ارتخاء الأطراف، او الشلل، عدم السيطرة على وظائف المثانة او الأمعاء، عدم التوازن، اضطراب في المشي.

**الإعاقات العضلية العظمية:**

قد تكون هذه الاعاقات ولادية او مكتسبة وتظهر على شكل اضطرابات مختلفة في أطراف الجسم او الظهر او المفاصل ويواجه الافراد المصابون بهذه الاعاقات صعوبات في الجلوس او الوقوف او المشي ومن اعراض هذه المشكلات:

١- وقوف الشخص منحنياً الى الأمام او الخلف.

٢- وقوف الشخص مائلاً الى أحد الجانبين.

٣- عدم استناد الجسم اثناء الوقوف.

٤- ارتفاع او هبوط احد الكتفين اثناء الوقوف.

٥- التعثر والسقوط على الأرض بشكل متكرر اثناء المشي.

٦- الجلوس غير المتناسق (كالميلان او الانحراف).

٧- ميلان الحوض عند الطالب.

٨- الشكوى من آلام الظهر.

**ثانياً: المشكلات الصحية:**

وهي مجموعة من الاضطرابات التي تحد من الوظائف الحركية للإنسان منها ماهو تشوهات ولادية او مكتسبة (من خلال الحوادث والامراض وما الى ذلك).

وتقسم أسباب الإعاقات الى قسمين:

أ- الاعاقات الخلقية.

ب- الإعاقات المكتسبة.

**اولاً: الاعاقات الخلقية:**

هي تلك الإعاقات التي تولد مع الطفل وتكتشف منذ الولادة او بعد الولادة بقليل وتعود أسبابها غالباً الى الوراثة، ومن الأمثلة على هذه الإعاقات:

١- الشفاة المشقوقة (الشفة الارنبية).

٢- الحلق المشوق.

٣- التقلصات المتعددة.

٤- استسقاء الحبل الشوكي.

٥- اصابع اليدين الزائدة والملتحمة.

٦- تقوس الساقين (القدم الحنفاء).

٧- القدم المسطحة.

٨- هشاشة العظام.

٩- الصرع.

١٠- الاطراف القصيرة والمعقودة والمشوهة.

١١- الشلل بكافة انواعه.

١٢- الاعاقات العقلية.

**ثانياً: الإعاقات المكتسبة:**

هي تلك الإعاقات التي لا تولد مع الطفل وتحدث له في مراحل الطفولة المختلفة او حتى للكبار وغالباً أسبابها بيئية، ومن الأمثلة عليها:

١- البتر.

٢- الامراض المزمنة.

٣- الحروق.

٤- حالات التخلف العقلي.

٥- خلع الورك.

**تعاريف:**

**الإعاقة:**

هي عبارة عن صعوبة تصيب فرد معين ينتج عنها اعتلال او عجز يمنع الفرد من قيامه بعمله الطبيعي.

**العجز:**

هي عبارة عن خاصية ملحوظة قابلة للقياس يحكم عليها من خلال انحرافها عن المعايير.

**المعوق:**

هو الشخص الذي لديه عجزاً او اضطراباً او نقصاً جسدياً او عقلياً او حسياً او نفسياً كلي او جزئي يمنعه من القيام وممارسة حياته اليومية.

**المعاقون بدنياً:**

يرى عبد الغفار والشيخ(١٩٦٦) ان فئة الاعاقة البدنية تضم مجموعات تختلف عن بعضها اختلافاً واضحاً، غير انها تشترك جميعاً في صفة واحدة تميزهم عن غيرهم من فئات غير العاديين.

وهذه الصفة التي تضمهم في مجموعة واحدة هي أنهم يعانون من عجز بدني، واما عن الاختلافات بينهم والتي تصنفهم الى مجموعات متباينة فهي نوع العاهة او العجز الذي يعانون منه.

ثم يشيران الى فئات متعددة من غير العاديين من قبيل المكفوفين الصم، والمصابين بعيوب كلامية والمقعدين، باعتبارهم يندرجون تحت فئة العجز البدني، غير ان التقسيمات الحديثة لفئات غير العاديين تميل الى وضع كل من المكفوفين والصم في فئة الاعاقات الحسية لأنها تختص بالعجز في حاسة معينة، حيث يتمثل العجز عند المكفوفين في حاسة البصر ويتمثل العجز عند الصم في حاسة السمع، (والى وضع فئة المصابين بعيوب كلامية ضمن الفئة المضطرين كلامياً ولغوياً وتبقى فئة المقعدين ضمن فئة العجز البدني).

وعلى اية حال يمكن تعريف المقعد بانه الشخص الذي يقل عمره عن (٢١) واحد وعشرون سنة، ادت اصابته بعيوب خلقية او مكتسبة الى تعويق استخدامه لاطرافه وعضلاته وهو شخص عاجز عن التنافس على قدم المساواة مع الأشخاص العاديين من نفس سنه، وبذلك فالطفل المصاب بعاهة يترتب عليها خلل في الإستخدام الطبيعي لعظامه او عضلاته او مفاصله يدخل في نطاق هذا التعريف،

ويشمل المقعدون الاطفال المصابين بشلل الاطفال، وبالتهاب العظام او الاطفال المصابين بعيوب خلقية مثل حنف القدم... وغير ذلك.

وتعرف الحكومة الفيدرالية بالولايات المتحدة الامريكية(١٩٧٧) الاعاقة البدنية بأنها :إصابة بدنية شديدة تؤثر على الأداء الأكاديمي للطفل بصورة ملحوظة، وتشمل هذه الفئة الاصابات الخلقية( مثل تشوه القدم، او فقد احد أعضاء الجسم..الخ)، والاصابات الناتجة عن الامراض مثل (شلل الاطفال، وسل العظام)، وتلك الاصابات الناتجة عن أسباب أخرى مثل الشلل الدماغي او بتر الاعضاء والكسور، والتمزق، او الحروق التي تؤدي الى تقلص العضلات).

اما مصطلح الامراض الصحية التي يشملها التعريف فتضم الامراض المزمنة مثل أمراض القلب، التهاب المخ، الحمى الروماتيزمية، والسل، وداء الكلى، والربو والميل الوراثي الى نزف الدم، الصرع امراض السكر، وغيرها من الامراض التي تؤثر على الطفل بدرجة كبيرة وتحد من نشاطه ومستواى تحصيله الدراسي.

ويطلق رمضان القذافي (١٩٩٤) على الاعاقات البدنية مصطلح المعوقين حركياً ويتناول فيها الفئات الاربع التالية:

١- المصابون باضطرابات تكوينية: ويقصد بهم من توقف نمو الاطراف لديهم او اثرت هذه الاضطرابات على وظائفها وقدرتها على الاداء.

٢- المصابون بشلل الاطفال: وهم المصابون في جهازهم العصبي مما يؤدي الى شلل بعض أجزاء الجسم وبخاصة الاطراف العليا والسفلى.

٣- المصابون بالشلل المخي: وهو اضطراب عصبي يحدث من وجهة نظره بسبب الاعطاب التي تصيب بعض مناطق المخ، وغالباً ما يكون مصحوباً بالتخلف العقلي على الرغم من ان كثيراً من المصابين به قد يتمتعون بذكاء عادي، كما قد يكون بامكانهم العناية بانفسهم للوصول الى مستوى الكفاية الاقتصادية.

٤- المعاقون حركياً بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية واصابات العمل وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف او اكثر من اطرافهم وافتقارهم الى القدرة على تحريك عضو او مجموعة من أعضاء الجسم اختيارياً بسبب عجز العضو المصاب عن الحركة او بسبب فقد بعض الانسجة او بسبب الصعوبات التي قد تواجهها الدورة الدموية، او لاي سبب آخر. كما قد يعود السبب الى الاضرار التي تصيب الجهاز العصبي نتيجة حدوث النزيف والعدوى واصابات الحوادث وتمزق العصب او قطعه وقد ترجع الاصابة الى حوادث العمل التي يتعرض لها الفرد خلال مزاولته نشاطه المهني.

والسهو عرف المعاق حركياً بانه الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض او اصابة ادت الى ضمورفي العضلات او فقدان القدرة الحركية او الحسية او كلتيهما معاً في الاطراف السفلى والعليا احياناً او الى اختلال في التوازن الحركي او بتر في الاطراف ويحتاج هذا الشخص الى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق اهدافه الحياتية والعيش باكبر قدر من الاستقلالية.

اما الروسان فيعرف الاعاقة الحركية بانها حالات الافراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، او نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة الى التربية الخاصة. ويندرج تحت هذا التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية او الاعاقة العقلية التي تستدعي الحاجة الى خدمات التربية الخاصة منها حالات الشلل الدماغي، حالات الضمور العقلي، التأخر العقلي، الصرع، وهن او ضمور العضلات.

اما فهمي فقد عرف المعوق انه الشخص الذي لديه عيب ينتج عنه عاهة او يتسبب في عدم قيام العضلات او العظام او المفاصل بوظيفتها العادية وتكون هذه

الحالة اما خلقية او ناتجة عن مرض او حادثة وتزداد خطورتها بسبب الجهل او الاهمال او المرض.

اما لجنة مدينة نيويورك الخاصة بالاطفال المقعدين فقد عرفت المقعد بأنه الشخص الذي يبلغ (٢١) سنة ولديه عائق خلقي او مكتسب في اطرافه او في عضلات جسمه تجعله غير قادر على التنافس على قدم المساواة مع غيره من الاشخاص.

وبعد توضيح تعريف الاعاقة الحركية نأتي الى بعض المشكلات الجسمية بشيء من التفصيل:

**الضمور العقلي Muscular Dystrophy**

ينتج عن امراض فتاكة تحدث ضعف تدريجي في العضلات بحيث لايمكن ملاحظتها على الطفل الا بعد مرور ٤ او ٥ سنوات وفي البداية يتكرر سقوط الطفل على الارض ثم تتطور الحالة الى فقدان القدرة على المشي كما تفقد العضلات الكبرى قدرتها اولا ثم تتبعها العضلات الصغرى وتفقد عضلات الايدي مقدرتها قبل عضلات الاصابع.

وضمور العضلات هو ضمن الاعتلالات العضلية وهي عدة انواع:

١- وراثية وتنتقل بواسطة العوامل الوراثية (الجينات المحمولة على الكروموسومات).

٢- حيوية، لها علاقة بالعمليات الحيوية في الجسم.

٣- التهابية، مترافقة مع بعض الالتهابات .

٤- نتيجة لاستعمال بعض الادوية.

لذلك فإن استخدام العقاقير يؤدي الى حالة الضمور، ويعتبر عقار الثاليدوميد (Thalidomide) من اكثر العقاقير خطورة وقد شاع استخدام هذا العقار في الخمسينات والستينات كمسكن ومهدىء، وكان من أثر استخدامه ان ولد عدد كبير من الاطفال وهم مصابون بمرض (مسخ الاطراف) (phocomelia) اي ولادة الطفل وهو فاقد لبعض الاجزاء من الاطراف ، وقد ترتب ايضاً على استخدام هذا العقار ان اصيب بعض الاطفال بالصم او امراض القلب او المرض الكلوي او ضيق فتحات الامعاء بالاضافة الى عدم تناسق حجم العين والاذنين.

نلاحظ ان ضمور العضلات الوراثي progressive muscular elystrophy

يظهر منذ الولادة ويصيب جانبي الجسم، وتمتاز العضلات المصابة بالضمور والضعف مع الاستمرار بوجود الاحساس الطبيعي فيها، لذلك لايتأثر الجهاز العصبي المركزي بهذا المرض كما نلاحظ عدم وجود حالة تشنج في العضلات المصابة او عدم وجود حركة لا ارادية وهي على انواع:

١- متلازمة دوشن Duchenne type: وهي ضمور وراثي ينتقل المرض بواسطة جين جنسي، ويسمى المرض sex linked desease ومن مميزاته انه يصيب الذكور اكثر من الاناث ويظهر عادة في سن الطفولة المبكرة خلال الثلاث السنوات الاولى من العمر، وتظهر أعراض هذا المرض في مفصل الحوض، ثم تنتقل الى مفصل الكتف بواقع ٨٠٪ من الحالات وبداية الاعراض تكون على شكل تضخم غير حقيقي في العضلات المصابة، حيث انها تكبر في الحجم ولكنها تكون ضعيفة وخاصة عضلات الساق والمقعد والعضلة ويرافق ذلك تيبس في العضلات المصابة.

كل هذه التغيرات في العضلات تؤدي الى تغير في مشية المريض وبذلك يمشي مثل مشية الوزة Waddling gait ويواجه الطفل صعوبة في النهوض من وضع الاستلقاء ودائماً يدور جسمه ثم يحاول ان يستند على يديه لمحاولة رفع

جسمه عن الارض وتكون نسبة الوفيات في هذه الامراض عالية بسبب الالتهابات التنفسية المتكررة.

٢- نوع آخر يصيب المفاصل والحوض والكتف والاطراف بشكل عام ويسمى طبياً Limb - girble type وينتقل بواسطة جين متنحي (جسمي) ويصيب الجنسين معاً بدون تميز، ولايظهر في سن الطفولة المبكرة، ولكنه دائماً يصيب الافراد في عمر العقد الثاني والثالث، وبداية لاعراض تكون في المفاصل وخاصة مفاصل الكتف ثم الحوض ثم تنتقل الى الاطراف الاخرى، ونسبة انتشاره في الاطراف متباينة فبعض الاحيان يكون سريعاً والبعض الاخر يكون بطيئاً وفي الحالتين يكون هذا المرض حاداً جداً، والمصاب لايستمر في الحياة بعد انتشار المرض في الاطراف.

٣- ضمور آخر ينتقل بواسطة جين سائد ويصيب الجنسين معاً ويسمى طبياً Landauzy degring type( لاندوزي- ديجراين) ويلاحظ انتقاله في اكثر من جيل في العائله ويصيب كل الاعمار وتبدأ الاعراض عادة في عضلات الوجه، ثم تنتقل الى الكتفين وبعد فترة طويلة ربما سنوات تنتقل الى الحوض وانتشاره يكون بطيئاً واغلب المصابين يعيشون بشكل طبيعي ولفترة طويلة.

**أسبابه:** غير معروفة، نصف المصابين عادياً يصابون بنقص القدرة العقلية.

**العلاج:** لاتوجد طريقة معينة وفعالة لعلاج ضمور العضلات فأفضل علاج هو العلاج الطبيعي وتنشيط العضلات المصابة.

**حالات التخلف لعقلي**

ان التخلف العقلي يشير الى ان الدماغ ينمو بسرعة اقل من السرعة العادية

الدماغ على الجسم فيظهر الحول في العيون او العجز في الحركة وهو مايسمى بحالات (المنغولية) فالمظهر الخارجي ليس مقياس او دالاً على الذكاء مطلقاً فحياة الطفل النفسية لاتنسجم مع سنه فهناك اطفال في السنة السادسة يتعاملون مع غيرهم ويتصرفون وكأنهم في عمر الثالثة فإننا لا نتأمل في بلوغهم المستوى الطبيعي لمن هم في سن ٦ سنوات بعد مرور ٣ سنوات، فالتخلف عقلياً ينمو ببطء وتمهل ادنى من ذلك فيزيد الفرق بينه وبين الطفل الطبيعي.

واذا ما وصل المتخلف الى سن (١٤) فانه يبقى في سن (٨) مثلا من الناحية العقلية والعاطفية اذا ما قارناه مع غيره من الاولاد من حيث التحصيل والاستجابة العاطفية.

فنمو الانسان العادي يتوقف في سن (١٨) عندما يكون الدماغ قد بلغ كل النمو التطور، لكن يقف الطفل المتخلف بالمقابل عند سن التاسعة من الناحية العقلية ومن حيث معالجته لاية مشكلة قد تحصل معه، ونستطيع تصنيف المتخلفين بشكل سريع على الصورة الآتية: فاذا كان هذا الطفل متخلفاً نوعاً ما عن اقرانه نسميه بالبليد(Dull) واذا كان المتخلف بعيداً وقوياً في مداه نسميه بالضئيل والوسط والشديد، اما الذين بلغوا حداً لامثيل له فهم متأخرون كثيراً فالبطىء لا يختلف عن غيره من الاطفال الطبيعيين فلانلاحظ علامات فارقة عليهم طالما هم صغار والبعض لايجارون رفاقهم الا عند الذهاب للمدرسة.

ويعجز المتخلف عقلياً عن ادراك العلاقات التي تربط سلوكه بنتائج ذلك السلوك عجزه عن اسقاط النتائج المباشرة للسلوك في المستقبل فتنشأ عنه أفعال مدمرة لنفسه وللآخرين ويصبح خطراً على الناس والمجتمع، ويعجز المتخلف عن تميز ذاته من الاشياء والناس، ويعاني المتخلفون كل انواع الضغوط كالعجز عن فهم تعقيدات الحياة والاستجابة لها والفشل في تحقيق المطالب الاجتماعية الملقاة على

عواتقهم، يعي الكثيرون من المتخلفين قصوراتهم العقلية ويعانون من مشاعر مره من اللاقيمة واللااعتبار مما يرشحهم لمختلف الذهانات الوطنية كالفصام والهوس.

وتعجز الاسرة عن العناية بمن تعثر حظه من افرادها، وتجد نفسها ملزمة لارسال الطفل الى مؤسسات الرعاية الخاصة.

**امراض الجهاز الحركي لدى الاطفال**

ان الامراض التي تصيب العظام والعضلات او الامراض التي تجعل المفاصل تفقد مرونتها وسهولة حركتها تؤثر على جسم الانسان وقوامه بشكل عام، وهي امراض كثيرة يمكن تصنيفها الى :

أ- امراض الجهاز العظمي

ب- امراض الجهاز العضلي

وفيما يلي عرض لهذه الامراض.

**الكساح Rickets**

هو من اهم امراض الطفولة وينتج عن نقص فيتامين (د) وما يتبعه عن عدم تكوين عظام سليمة ويصيب الكساح الاطفال في السنتين الاولتين من العمر لسرعة نمو العظام وتضخم اطراف العظام، ومن الاعراض العامة للكساح مايلي:

١- تضخم اطراف العظام الطويلة في الجسم ومراكز تكوينها.

٢- تضخم في الضلوع عند اتصال الغضاريف بالعظم.

٣- تأخر مشي الطفل.

٤- تاخر ظهور الاسنان واصابتها بالتسوس والسقوط مبكراً.

٥- بروز الصدر الى الامام وانتفاخ البطن وتقوس الساقين.

٦- اتساع منطقة اليافوخ.

٧- هشاشة العظام ولينها وسهولة الاصابة بالكسور.

٨- ارتعاش في الاطراف والمفاصل وعدم تناسق حركتها.

٩- ارتفاع نسبة الفوسفات القلوي في مصل الدم.

١٠- تحدب العمود الفقري.

**العوامل المؤدية للاصابة بالكساح:**

١- نقص فيتامين (د).

٢- نقص التعرض للاشعة المباشرة للشمس.

٣- لعادة الخاطئة في الجلوس.

**الوقاية والعلاج:**

١- تكون الوقاية بالتعرض للشمس واعطاء الغذاء الجيد المتضمن على فيتامين (د).

٢- العلاج هو اعطاء المريض فيتامين(د)

٣- عدم التسرع في جلوس الطفل او الوقوف في سن لايستطيع القيام بهذه المهام.

**امراض القدم:**

يجب تعويد الاطفال منذ الصغر على العناية باقدامهم ،المحافظة عليها وحمايتها من الاصابة بالامراض والجروح لذا لابد من اخذ الاجراءات الصحية المناسبة مثل: غسل القدمين يومياً وبين الاصابع وتجفيفها جيداً حتى لاتبقى رطبة لان الرطوبة والحرارة تساعدان على تكاثر الجراثيم والفطريات والروائح الكريهة.

ويجب ان نختار للطفل الاحذية المناسبة بحيث تكون غير ضاغطة ومريحة لتسهيل عملية المشي والتحرك ولتجنب ظهور عقد عضلية نتيجة الضغط في الاحذية الضيقة وبابالتالي تكون القدم عرضة لظهور مسامير اللحم، وظهور حالات مثل تشوه القدم وتبسطها او تقعرها ومن هذه الامراض:

**١- القدم المسحاء:Flat Foot**

قبل ان يبدأ الطفل في المشي يلاحظ وجود القوس الاوسط لاخمص القدم بشكله الطبيعي، ولكن عندما يقوم الطفل بالمشي يلاحظ ان كعب القدم يتجه للخارج ويكون ثقل وزن الطفل على الجزء الداخلي الاوسط للقدم.

فالقدم المسحاء هي القدم التي لا وجود للقوس الموجود على الطرف الداخلي الاوسط للقدم بحيث يصبح منبسطاً تماماً وماسحاً ولقوس القدم اهمية كبرى بالنسبة لقدرة الجسم على القيام ببعض الحركات والنشاط بشكل متقن، ويمكن اجمال فوائد التقوس بالامور التالية:

١- يساعد على امتصاص الصدمات الواقعة على القدم نتيجة ثقل الجسم على القدم اثناء القفز او الجري وذلك بتوزيع وزن الجسم توزيعاً عادلاً على عظام القدم.

٢- يساعد على الحركة المتزنة والجيدة ويكسبه مرونه للحركات باحكام واقتصاد باسهل الطرق.

٣- يحافظ على بعض المستقبلات الحسية والاوعية الدموية في باطن اخمص القدم من وزن الجسم وضغطه عليه.

**اما أسباب فلطحة القدم فهي:**

١- أسباب عائلية.

٢- السمنه المفرطة وزيادة الوزن على القدم.

٣- انحراف الركبة للخارج.

٤- ضعف التوتر العضلي.

٥- ارتخاء اربطة القدم وخاصة عضلات القدم.

**اما أشكال فلطحة القدم** فتظهر عادة بالاشكال التالية:

١- فلطحة عظيمة: تظهر عادة نتيجة اصابات العظام بالكسور او التواءات.

٢- فلطحة شللية: تظهر نتيجة اصابة الفرد بالشلل (شلل الاطفال).

٣- فلطحة خلقية: هي لاتكون ظاهرة لدى المواليد بسبب ان جميع المواليد لايظهر لديهم تفلطح القدمين ولكن بعد فترة تظهر أعراض التفلطح.

٤- فلطحة القدمين القوامية: هي تظهر نتيجة خلل في توازن القدم الناتج عن الوقوف او السير لساعات طويلة جداً وهذا ما يظهر لدى المدرسين والحلاقين وربة المنزل وغيرهم.

٥- فلطحة مرضية: تظهر عادة بعد اصابة القدم ببعض الامراض الخاصة مثل قطع في الاوتار والمرابط القدمية وضياع الاقواس او اصابة الفرد بمرض الكساح.

**الاعراض والعلامات لتفلطح القدمين:**

١- محاولة الطفل اثناء المشي تركيز ثقله على اصابع القدم محاولة منه لنقل الثقل الواقع على القدم على جانب القدم الامسح.

٢- يلاحظ انحراف القدمين للخارج.

٣- يلاحظ اختفاء القوس من الطرف الداخلي لاخمص القدم.

٤- آلام في القدم وخاصة عند لبس الحذاء او اثناء المشي والتعب والحركة والمشي.

٥- يلاحظ تلف الحذاء من الجهة الداخلية للقدم.

**العلاج:**

١- ارتداء حذاء مناسب يشكل دعامة للقدم، بحيث تكون له حافة نائمة للداخل من الجهة الداخلية للقدم ترتفع بمقدار ٥ ملم على شكل قوس في محاولة لعمل قوس في القدم وينصح بارتفاعه عن الارض للذكور ٢ سم وللاناث ٤ سم فقط.

٢- اجراء تمارين مد او شد تلقائية وفاعلية للعضلة الاخمصية.

٣- تصحيح جراحي.

٤- السماح للاطفال اللعب حفاة على الرمل حتى يتم تنشيط الدورة الدموية في باطن القدم.

٥- تثبيت القدم برباط ضاغط لعدة ايام.

٦- الاقلال من وزن الجسم قدر الامكان.

**القدم الحنفاء Club Foot**

وهو تشوه خلقي في القدم يظهر منذ الولادة حيث يلاحظ تقوس في القدم وعظام الاصابع يسمى (Hiyharch Foot) مع زيادة في القعر الطبيعي الموجود في قاع القدم وتكتشف عادة بعد الولادة لذلك يعتبر فحص الطفل حديث الولادة ضروري جداً لاكتشاف هذه الحالات.

**الاسباب:**

١- أسباب غير معروفة (او غير واضحة) وهي أكثر الانواع شيوعاً وتفسر كالآتي: انه في اثناء الحمل ونتيجة لزيادة الضغط الناتج من تقلبات الرحم فسوف تضغط على ساقي وقدمي الطفل وبذلك يواجه القدم ضغط شديد من الغلاف الرحمي، فيؤدي الى تقوس وتشوه في القدم.

اما التفسير الآخر وهو اصابة القدم ببعض الامراض وخاصة عضلات القدم والساق وعادة يصاحب هذه الاعراض نقص في كمية الدم الواصل الى العضلات في الساق والقدم وبالتالي يؤدي الى تقلصها وتشوهها.

٢- شلل الاطفال: يؤدي الى شلل تام في عضلات الساق، ويرافق هذا الشلل عادة عاهات اخرى خاصة في تقوس وانحناء اصابع القدمين.

**العلاج:**

يكون العلاج أسهل وذات نتيجة واضحة في الثلاثة أشهر الاولى من العمر، وخاصة اذا كانت الاعاقة بسيطة، وهناك طريقتان لعلاج هذه لحالة:

١- محاولة تعديل الاعاقة وذلك باليد ومحاولة حركتها حرة طليقة واعادتها الى الوضع الطبيعي ويمكن ان تقوم بذلك وعلى فترات متقطعة تقريباً بعد كل رضعة واعادة الفحص للقدم بعد كل شهر فحصا دقيقاً للتأكد من سلامة وصحة التعديل.

٢- عملية جراحية : يفضل اجراؤها في الطفولة المبكرة حتى تكون النتائج فعالة وجيدة.

**الاحديداب Kyphoris**

التحدب هو تشوه خلقي في العمود الفقري وينتج عن انحناء الفقرات،

وتحدبها مع ضعف عضلي شديد وقد يتبع تشوه في منطقة الصدر وقد لوحظ من خلال دراسة الحالات المصابة انها تؤثر على اكثر من فرد واحد ضمن العائلة الواحدة مما حدى بالاطباء ان يفسروه على اساس وراثي.

**اما أسباب التحدب فهي:**

١- اسباب وراثية او عائلية: والذي تسبب اضطرابا في نمو العمود الفقري، ويترافق مع عاهات ولادية اخرى خاصة مثل امراض المسالك البولية والفقرات .

٢- اسباب غير معلومة: وهي الاكثر شيوعاً وتصيب الاناث عادة اكثر من الذكور وتظهر الحالات في شلل عضلي.

٣- شلل الاطفال: يصيب مرض شلل الاطفال كلا من الجنسين سواء كانوا ذكورا ام اناث وبالتالي يؤدي الى تحدد العمود الفقري ومن ثم مرض الاحديداب.

٤- الجلسة غير الصحيحة: خاصة في مراحل الدراسة الابتدائية، فينتج عنها تحدب ويكون هذا النوع تحدب متحرك.

٥- امراض العظام : الناتجة عن نقص الكالسيوم وفيتامين D كما في الكساح والذي يصيب الاطفال من سن ٥ أشهر لغاية سنتين.

**العلامات المميزة للمرض:**

تظهر الاعراض في سن الطفولة المبكرة، حيث يلاحظ تشوه وانحناء في العمود الفقري مع حدوث تشوه في الصدر مع ارتخاء شديد في العضلات حيث يلاحظ ترهل العضلات وعادة يكون الطفل الذي يعاني من هذه الحالة اقصر من الاطفال العادين بحوالي ١٥ سم.

**التشخيص والعلاج:**

التقوس يكون نوعين: اما ان يكون ثابتاً لايمكن تعديله باليد، او ان يكون

متحركاً وبهذه الحلة يمكن تعديله باليد، وللاشعة دور كبير في تشخيص شكل الفقرات وانحناءات العمود الفقري وعلى أساس الصور الاشعاعية نستطيع ان نتعرف على مكان التقوس والانحناء.

اما عن العلاج فيفضل دائماً اجراء العلاج او التعديل في فترة الطفولة المبكرة او في لحظة اكتشاف العاهة و كلما اكتشف المرض مبكراً كلما اعطى العلاج فاعلية اكبر لأن التعديل في الفقرات والعضلات يكون اسهل في الطفولة بسبب ليونتها وحرية حركتها مما في مراحل لاحقة اذا احتاجت العاهة الى عملية جراحية فيفضل عملها بسن مبكر حتى لاتؤثر العاهة على طول الطفل فيما بعد، مع النصح دائماً بعمل التمارين وطرق العلاج الطبيعي وقد لوحظ ان التحدب يرافقها امراض اخرى مثل امراض الجهاز التنفسي خاصة الامراض التي يرافقها تقلص شديد في عضلات الصدر والذي يظهر كما في صدر الحمامة ضمور الرئتين والحويصلات الهوائية مما يؤدي الى امراض الجهاز التنفسي.

**الجنف**

الجنف عبارة عن تقوس جانبي في العمود الفقري وقد لوحظ انتشار هذا المرض لاسيما في مرحلة لنمو السريع ابان المراهقة وقد يكون نتيجة خلل أهمُّها اضطراب في مرحلة التكوين الجيني للعمود الفقري او نتيجة لمرض سابق او اصابة سابقة بسبب عوامل وراثية ولكنه في اغلب الحالات لاسيما في مرحلة المراهقة غير معروف الاسباب، ويسمى عندئذ بالجنف الذاتي ينتج عن هذا التقوس في العمود الفقري اذا اهمل اختلال في توازن قوة عضلات الظهر بحيث تصبح العضلات قوية في الجهة المقعرة من التقوس وضعيفة في الجهة المحدبة، مما يزيد من شدة التقوس والتمرينات لايقصد منها علاج المريض وانما هي تساعد في العلاج والغرض الرئيسي منها هو منع تفاقم المرض وما يترتب على ذلك من

مضاعفات لاتحمد عواقبها لذلك يجب المواظبة على أداء التمارين بانتظام وبطريقة صحيحة لتلافي حدوث تلك المضاعفات ولتقوية عضلات الظهر والبطن الضعيفة لمنع التقوس وتفاقم المرض.

**ملاحظات هامة عند اجراء تمارين لحالات الجنف:**

١- اخلعي عنك اي اجهزة تعويضية ترتدينها قبل اداء التمرينات.

٢- ادي هذه التمارين بصفة مستمرة .

٣- ادي التمارين مرتين في اليوم الواحد.

٤- كرري كل تمرين حتى ١٠ مرات حسب استطاعتك.

٥- ادي تمارين لتنفس بعد كل خمسة تمارين تقريباً.

٦- نرجو منك التقيد بنصائح وارشادات اخصائي العلاج الطبيعي وتوجيه اي استفسار لديك له.

**امراض المفاصل والروماتيزم الراثواني:**

يعرف الروماتزم بانه عبارة عن مجموعة من الاضطرابات المختلفة تهاجم اعضاء مختلفة من الجسم ويعود اصل الروماتزم الى انه كلمة يونانية تعني التهاب يحدث ف يالجسم وتسمى بالعربية الرثية.

وامراض المفاصل تشمل كافة الامراض الحادة والمزمنة التي تصيب مفاصل الاطراف والعمود الفقري كالتهاب المفاصل والروماتزم والتهاب الفقرات والتهاب العظم والفقرات وغيرها وتؤدي الى حدوث تشوهات واعاقة في الحركة.

تسبب امراض المفاصل سواء التهاب المفاصل الحاد او المزمن نسبة كبيرة في العالم من الاعاقات الحركية وتشمل مجموعة كبيرة من المرضى كالتهاب المفاصل الرثواني المزمن والتهاب الفقرات اللاصق وغيرها ولحسن الحظ ان نسبة بسيطة

من هؤلاء المرضى قد يصابون باعاقات حركية جدية وذلك عند اهمال المرضى والتأخير في معالجته وخاصة يبدأ باليدين مصحوباً بتنفخات والالام مفصلية في الرسغين ويمتد المرض لاصابة عدة مفاصل في جسم الانسان وتشمل الكتفين والكوعين والحوض والركبتين والاقدام مما يؤدي الى آلاالام والتهابات مزمنة بالمفصل مع تحطم وتنكس مفصلي وبدوره يؤدي الى تشوهات في الشكل الطبيعي للمفصل واعاقة في الحركة.

نسبة الاصابة بهذا المرض في اوروبا حوالي ٣٪ من السكان وتزداد نسبة حدة المرض في البلدان الباردة وهذا المرض يسبب اعاقة اقل بكثير في البلدان الحارة حيث ان نسبة المرض تكون اخف اما بسبب المرض فهو غير معروف بشكل كامل ولكن قد تكون هناك عوامل وراثية معينة مصحوبة ايضا بعوامل نفسية تزيد من حدة المرض.

**اعراض المرض وتشخيصه:**

١- تيبس باليدين عند الصباح لمدة معينة تتراوح بين ١٠ دقائق والى ساعات.

٢- الالام بالمفاصل اثناء الحركة وحين الضغط على المفصل.

٣- انتفاخ واحمرار بالمفصل او عدة مفاصل لمدة تزيد عن ثلاث شهور.

٤- اصابة مفاصل اليدين بتنفخات بشكل متوازي اليد اليمنى واليسرى.

٥- قد يصاحب المرض غدد كروية تحت الجلد عند الاكواع والقدمين.

٦- فقدان في الشهية وارتفاع بسيط بالحرارة مع فقر بالدم.

٧- زيادة نسبة الحوامض الروماتيزمية بالدم يتبين من خلال الفحوصات المخبرية والشعاعية.

٨- تشوهات مفصلية قد تؤدي الى تشويه في اليدين والقدمين.

تتفاوت نسبة المرض من مريض الى آخر ولكن نستطيع ان نقول ان ٥٠٪ من المرضى يتحسن بشكل مضطرد و ٥٠٪ قد يزداد نسبة المرض بالرغم من المعالجة والمتابعة ولذلك يحتاج مرضى الروماتيزم الرثواني الى متابعة تامة وطويلة من قبل اخصائي امراض المفاصل والتأهيل والنظر الى المريض من جميع النواحي ليس فقط من وجهة نظر المفصل الملتهب ولكن للنظر الى المريض ككل، على سبيل المثال كيفية المشي، واستعمال الادوات المنزلية واستعمال اليدين متطلبات الحياة اليومية من اي انسان ومحاولة تخفيف اعاقته الحركية، وبالاضافة الى إعطائه الادوية والعقاقير فهو بحاجة الى متابعة بالمعالجة الفيزيائية الطبيعة والمعالجة المهنية وأيضا بحاجة الى دعم معنوي ونفسي ومساعدة من الطبيب والمعالجين المهنيين والباحثين النفسيين والاجتماعيين وعلى جميع الاحوال فكما ذكرنا ان هذا النوع من المرض هو من الامراض المزمنة والتي تسبب اعاقة حركية بدرجة معينة.

اما النسب العالمية بالنسبة لاعاقات الامراض الرثوية فهي:

٢٠٪ من المرضى قد يشفون تماماً بدون مخلفات على المفاصل.

٤٠٪ من المرضى المصابون قد يحصل لهم اعاقات بدرجة بسيطة لاتؤثر على سير حياتهم العملية.

٣٠٪ من المرضى المصابون قد يحصل لهم اعاقة بدرجة متوسطة - كبيرة وتؤثر بشكل بسيط على حياتهم العملية.

١٠٪ من المرضى المصابون يصبحون معاقين حركياً كلياً.

**خصائص ألم المفاصل (الروماتيزم)**

١- هو حالة مزمنة لاشفاء منها.

٢- معروف منذ زمن بعيد.

٣- ليس مرض وراثي وان ظهر في اكثر من فرد في العائلة.

٤- ٦٠-٧٠٪ من الاطفال يتم شفاءهم.

٥- غير معروف السبب.

٦- قد يؤدي الروماتيزم اذا لم يعالج الى تشوه في الاطراف وتيبس ويحتاج الى احذية طبية.

وهناك عدة انواع منها:

١- روماتيزم الاطفال: يؤثر على الاطفال من سنتين الى خمس سنوات او حتى في عمر ١٠ سنوات الى ١٦ سنة، يبدأ المرض في الركبتين ثم الكاحلين ثم الرسغين ثم الاصابع والقدمين والكتفين وتصاحبه حمى وانتفاخ في الركبتين وتؤدي الى ضعف في الاصابع وتصبح رفيعة جداً مع تقلصات.

٢- روماتيزم العظام ويقسم الى ثلاثة اقسام:

القسم الاول: حيث يتميز بارتفاع في درجة الحرارة والشعور بالدوخة وتأتي الحمى اشهر بسيطة ويشفى المريض بعدها.

القسم الثاني: روماتيزم العظام في مفاصل قليلة مثل مفاصل القدمين او مفاصل اليدين.

القسم الثالث: المفاصل المتعددة حيث يتميز بعدم القدرة على الحركة والتنقل.

٣- الحمى الروماتيزمية: وهي مرض خطير يرافقه الم في المفاصل وقد يستمر ايام وأسابيع او اشهر وسنوات وقد يتأثر القلب والتنفس.

**أسبابه:**

جرثرومة ستربتوكوكس وتصيب الاطفال من ٥-١٥ سنة تبدأ الحمى من يوم الى ٣ أسابيع يعقبها شفاء كاذب لتعود اشد من السابق.

**العلاج:**

تعالج بالادوية المضادة او المانعة للحمى وعلاج الروماتيزم ما عدا الحمى الروماتيزمية يعالج بدواء لتخفيف الالم والراحة للجسم وادوية مساعدة ومشدات واحذية اذا كان ذلك ضرورياً وتمارين وحركة لتجنب التقلصات.

**خلع الورك الولادي:**

خلع الورك هو عبارة عن خلع كامل او جزئي في راس الفخذ او الاثنين معاً من موضعه الاصلي في المكان المخصص له في الحوض.

**أنواع خلع الورك:**

١- يكون خلقي منذ الولادة ويمكن ان تكون اسبابه ناجمة عن طريق الولادة الخاطئة، والمشكلة هنا ان الامهات والآباء لايكتشفون هذه المشكلة منذ حدوثها او منذ ولادة الطفل لذلك يجب على الاباء عندما يولد الطفل ان يتم عرضه على طبيب متخصص من اجل عمل الفحوصات الكاملة والشاملة وان يتم تفقد جسم الطفل بشكل جيد.

الاوراك المخلوعة المترافقة مع مشكلات عظام اخرى مثل الاطفال الذين لديهم الاعاقات التالية يمكن ان يولدوا مع خلع ورك والاعاقات هي:

١- الطفل المنغولي.

٢- استسقاء الحبل الشوكي.

٣- اعوجاج المفاصل.

٤- الشلل الدماغي.

٥- القدم الملتوية.

لهذا فمن الضروري ان يتم فحص هؤلاء الاطفال الذين يولدون وتولد معهم هذه المشاكل ان يتم التأكد من عدم وجود خلع عندهم.

**أسباب خلع الورك:**

١- اسباب وراثية .

٢- وضع الجنين داخل الرحم.

الخلع الذي يحدث بعد الولادة ويكون ذلك بسبب :

١- حادث.

٢- مضاعفات لاعاقة اخرى وخصوصاً شلل الاطفال وذلك نتيجة لضعف العضلات والاوتار التي تحافظ على تماسك مفصل الورك.

٣- الشلل الدماغي الذي يكون بسبب التشنج والتقلصات واذا كان الخلع من مضاعفات شلل الاطفال اما الشلل الدماغي نادرا ما يمكن تصحيحة من دون جراحة ولكن يفضل عدم اجراء الجراحة لان العمليات الجراحية لاتنجح دوما والاطفال الذين يكون لديهن القدرة على المشي سيمشون بالرغم من الورك المخلوع.

٤- مشكلات الورك الناجمة عن تآكل او انزلاق راس عظم الفخذ وهناك نوعان مختلفان من مشكلات الورك التي تحصل كثيراً عند الاطفال اصحاب النشاط العالي للغاية وخصوصاً الذكور منهم.

٥- تآكل راس عظم الفخذ وهو يبدأ من عمر يتراوح بين ٤-٨ سنوات وهو مرض يصيب طفلاً من اصل ٣٠٠ الى ٦٠٠ طفل، ومرض انزلاق رأس الفخذ اقل شيوعاً وهو يحصل فجأة ما بين سن ١١-١٦ سنة عادة عندما يكون الطفل سريعاً وغالباً ما يكون السبب مجهولاً في كلا الحالتين ولكن قد تكون له علاقة ما باصابة

ناجمة عن القفز او السقوط وينجم تآكل مراكز النمو عن انقطاع مؤقت في التزود بالدم مما يؤدي الى موت العظم.

**كيفية الكشف عن خلع الورك:**

أ- يجب فحص القدمين اذا كانت القدمين متساويتين واذا تبين ان احدى القدمين اقصر من الاخرى فيكون هناك شك كبير بان يكون الطفل مصاب بخلع الورك لذلك يجب على الاهل ان يسارعوا بعمل صورة اشعة للطفل من اجل تحديد مكان الخلع حتى يتمكن الاهل من معالجة الطفل مبكراً والحد من حدوث مشكلة للطفل ونعني بالمشكلة هي مشكلته الحركية والتي تؤثر على مشية الطفل.

ب- يجب المقارنة بين الساقين عند الطفل فإذا كان احد الوركين مخلوعاً فقد تظهر في ذلك الجانب العلامات التالية:

١- يكون القسم الاعلى من الساق يغطي جزء من المنطقة التناسلية.

٢- تكون طيات الجلد قليلة.

٣- قد تبدو الساق اقصر او ملتوية نحو الخارج بزاوية غريبة (اي يكون هناك تقوس في قدمي الطفل).

٤- نقوم بمسك الساقين مع ابقاء الركبتين مثنيتين ونقوم بفتح الساقين بشكل واسع والركبتين مثنيتين ومن خلال ثني الركب فاذا كانت احدى الركبتين اكثر انخفاضاً فالارجح ان هذا الجانب مخلوع.

٥- يبدأ الطفل بالعرج ويميل باتجاه الجانب المصاب.

٦- كثيراً ما يشكو الطفل من الم يشعر به او انه قد يشعر ببعض الالام في الرقبة او الفخذ (وفي الرقبة احياناً اقل) بالرغم من ان المشكلة في الورك.

ومع مرور الزمن يصبح الفخذ اخف واضعف وتضعف العضلات التي ترفع

الساق جانباً.

وهؤلاء الاطفال يعانون من مشاكل اخرى او مصاحبة لمشكلة خلع الورك يتم اكتشاف هذه المشكلة مبكراً ويتم علاج هذا الطفل مبكراً فيتم علاجه بسهولة ويتم تصحيح هذه المشكلة بشكل سهل وسريع فلايصبح الطفل معوقاً ولايعاني من اي مشكلة مثل العرج اما اذا اهمل الاهل وضع الطفل ولم يتم اكتشاف هذه المشكلة مبكراً فيكون حل المشكلة بشكل أصعب ويمكن ان يحدث نتيجة تشوه في القدمين وبالتالي تؤثر على نفسية الشخص الذي يعاني من هذه المشكلة لانها سوف تؤدي الى إعاقة دائمة يصعب علاجها او تصحيحها. اي كلما كان اكتشاف المشكلة لدى اي طفل او اي شخص سواء كان كبيراً او صغيراً مبكراً فيكون هناك حتماً اكبر لحد من هذه المشكلة او علاجها بشكل كامل.

**كيفية العلاج:**

١- اختلاف طول الساقين اضافة نعل سميك باسفل الحذاء يمكن مساعدة الطفل على الوقوف بشكل اكثر استقامة وعلية يكون عرجه اخف، كما انه قد يمنع تقوس العمود الفقري وكذلك فانه يمكن الساق القصيرة ان تكون علامة وجود ورك مخلوع.

٢- استخدام القوالب او الجبائر او صنع مشدات خاصة، يجب استعمال القوالب لمدة تتراوح بين شهرين واربعة شهور او اكثر وهذا يتوقف على عمر الطفل وعلى مدى التشوه.

٣- يجب استخدام حفاضة من القماش من اجل امتصاص البول وعدم تسرب البول على الجبائر ولكن مع هذا لايمكن تصحيح كل انوع الخلع بهذه الطرق فبعضها يحتاج ألى عمليات جراحية وفي بعض الحالات يكون الورك مشوهاً الى درجة تجعل تصحيح الخلع امراً مستحيلاً حتى بالجراحة وقد تكون الجراحة مفيدة

في حالة خلع الورك المترافق مع (سبينابافيديا) اما اذا كان الوركان كلاهما مخلوعين فإن جراحة الورك لن تساعد الطفل على المشي بشكل افضل.

**شلل الاطفال:**

يعتبر شلل الاطفال من الامراض التي تشكل خطرا جسيماً على حياة المجتمعات فهو يصيب الانسان وخاصة تلك الفئة التي لاحول لها ولاقوة وهم الاطفال... وهم امانة في اعناق آبائهم وامهاتهم.

**المسببات:**

شلل الاطفال مرض معدٍ يصيب عادة الاطفال ذكوراً واناثاً وتسببه كائنات دقيقة جداً لاترى الا بالمجهر الالكتروني، وتسمى هذه الكائنات فيروسات شلل الاطفال (poliovirus) وهي تنجذب بصفة خاصة للخلايا العصبية الحركية في الجزء الامامي من النخاع الشوكي، كما انها تصيب المادة السنجابية في جذع الدماغ او الدماغ ولكن بنسبة اقل.

ووظيفة هذه الخلايا العصبية انها تعتبر القناة التي تنقل خلالها كل الاشارات التي تصل الى العضلات فهي الرابط بين الجهاز العصبي والعضلات ولذلك فإن اصابتها تؤثر في الالياف العضلية ووظيفتها، واي اصابة في هذه الخلايا تؤثر في وظيفة العضلات التي تصيبها، حيث ان لكل مجموعة الياف عضلية خلايا عصبية خاصة بها، وعند الاصابة يحدث شلل ارتخائي بدرجات مختلفة وخاصة في الاطراف حيث يمكن ان يصاب احد الاطراف ولكن اصابات الطرف السفلي اكثر حدوثاً.

ومع الوقت تبدي العضلات المصابة ضموراً عضلياً وارتعاشاً دهنياً يحل محل النسيج الضام، وهذا ما يؤدي الى تشوهات الاطراف في بعض الاصابات.

واذا ماتت الخلايا تسبب ذلك في حدوث شلل دائم في الالياف العضلية التي

تعصبها هذه الخلايا اما اذا كانت الاصابة بسيطة فيمكن ان يتماثل المريض للشفاء بإذن الله.

**العدوى:**

يمكن ان يظهر المرض كوباء في التجمعات التي لم يتم فيها التطعيم او على شكل حالات متفرقة، ويمكن ان يصيب الاطفال في مختلف الاعمار، الا ان الذين تتراوح اعمارهم بين ستة شهوراً الى خمس سنوات هم الاكثر تأثراً.

**مصادر العدوى هي:**

١- الشخص المصاب في فترة المرض الحاد، لان الفيروس يوجد في منطقة فم وبلعوم المريض وكذلك في برازه لمدة طويلة (خمس اسابيع من بداية المرض).

٢- حامل الميكروب وهو لايقل خطورة عن المريض في نقل العدوى، بل يعتبر اخطر نظراً لعدم ظهور الاعراض عليه وعدم انفصاله عن الاصحاء.

**اعراض المرض:**

ان اعراض المرض لاتظهر الابعد فترة الحضانة للمرض، هي الفترة ما بين التقاط الفيروس وظهور الاعراض وتتراوح بين(٧-١٢) يوماً.

وحيث ان هناك ثلاثة انواع من الفيروس كما تختلف الاعراض حسب شدة الاصابة ومناعة المصاب، فثمة صور متنوعة للأعراض، منها:

- الصورة الأولى يصاب الشخص بفيروس الشلل ولكن لاتظهر عليه اعراض، ويسمى هذا النوع الصامت.

- الصورة الثانية: تظهر الاعراض فجأة وتنتهي خلال عدة أيام وتبدأ بدور مشابه للانفلونزا، على هيئة دوخة وصداع، الى جانب الغثيان والقيء والامساك والمغص الشديد وكثيراً ما يختلط الامر ويصعب التشخيص.

– الصورة الثالثة: تظهر الاعراض كما للنوع الاول: الحمى ثم الالم والتيبس في الرقبة والظهر والرجلين ويمكن للفيروس ان يستكمل رحلته داخل جسم المريض ويسبب الشلل، او يرحل عن المريض خلال عدة ايام تاركاً له الامل في الشفاء ان شاء الله.

– الصورة الرابعة: تختلف اعراضها باختلاف المكان الذي يختاره الفيروس لسكنه فتظهر اعراض شلل الاطراف السفلى، او يصيب الشلل عضلات البطن والحجاب الحاجز، وربما يحدث اعراضاً خطرة مثل عدم القدرة على التنفس، ومن ثم يودي بحياتهم وقد يؤثر المرض على خلايا المخ ويسبب التهاب سنجابية الدماغ، فيحدث انقباضاً في عضلات الوجه ورعشة في الايدي واحياناً غيبوبة تؤدي الى الموت.

وكما ذكرنا قد تمر الاعراض بسلام ويتماثل المريض للشفاء، ويحدث هذا في (٩٥٪) من المصابين، اما (٥٪) من المصابين فيجتازون المرحلة الاولى الى الثانية الى حدوث الشلل الفعلي.

**الوقاية وطرقها:**

**اولاً: التطعيم:**

أ– المناعة المنشطة.

هذا النوع من التطعيم متوفر في كل المستشفيات والمراكز الصحية ومراكز رعاية الامومة والطفولة من جميع الانواع الثلاثة للفيروس بعد ترويضها، ويؤخذ على شكل نقط بالفم، وعندما يصل الفيروس الامعاء، ينفذ خلال الغشاء المبطن للأمعاء الى الجهاز الليمفاوي حيث يتفاعل مكوناً المناعة المطلوبة.

ب- المناعة السلبية:

يتم التطعيم بإعطاء جلوبين مناعي للمرافقين لمرض شلل الاطفال ولمريض شلل الاطفال في الحالة الحادة الذي لم يسبق تطعيمه ولكن هذا التطعيم يبقى مفعوله لمدة قصيرة ويحتاج للتكرار بالاضافة الى انه غالي الثمن.

**ثانياً: صحة البيئة:**

ان صحة البيئة ومنع التلوث لاتقل اهمية عن التطعيم، ولكنها تحتاج الى وقت وجهود واسعة لنطاق متظافرة تشترك فيها الاجهزة المعنية ومن اهم جوانب صحة البيئة الاهتمام بالنظافة العامة، وحفظ المأكولات والمشروبات بعيداً عن الذباب والصراصير، واستعمال المبيدات لابادتها، والتخلص من الفضلات بطرق صحية ويجب تجنب رذاذ الغير واستعمال المنديل ولابد من التعاون مع الجهات المختصة لايجاد بيئة صحية لمنع التلوث ويجدر بنا ان نذكر هنا بعض العوامل التي تساعد على انتشار المرض وهي:

١- عوامل تتعلق بالشخص المصاب:

أ- عنف النشاط العضلي.

ب- كثرة الوخز بالابر العضلية عموماً، والتطعيم الثلاثي، خاصة اثناء الاصابة بالمرض ووجود الفيروس في الدم.

اذا يؤدي حقن العضل الى سرعة سريان المرض وتأثيره على مكان الحقن.

ج- كثرة تناول الكوريتزون.

د- عملية اللوزتين واللحمية.

هـ- المرأة الحامل معرضة أكثر للإصابة بالمرض.

٢- العوامل البيئية: تلوث البيئة من اهم العوامل المساعدة على انتشار المرض مع وجود الذباب والصراصير معامل مساعد لنقل الفيروس من الفضلات الملوثة اذا لم يتخلص منها بطريقة صحيحة.

٣- العوامل الثقافية: انعدام التثقيف الصحي له اثر كبير في تفشي المرض، اذا نجد ان معظم المجتمعات التي ينقصها الوعي الصحي والاهتمام بحملات التطعيم ضد المرض يحدث فيها المرض بصورة وبائية.

٤- العوامل الاقتصادية: تعتبر الدول النامية اكثر البلدان تأثراً بالمرض، ومعظم الدول الفقيرة اقتصادياً في آسيا وافريقيا ودول وسط وجنوب اميركا نجد بها كثيراً من الامراض المستوطنة فمثلاً بعض دول افريقيا، مثل يوغندة تكثر فيها اصابات شلل الأطفال.

**العلاج:**

أ-العلاج الفعلي:

في معظم الحالات التي تبدي تحسناً يكون ذلك خلال الشهور الستة الاولى، بسبب التحسن في الخلايا العصبية بالنخاع الشوكي والالياف العضلية التي تغذيها، وتختلف طرق العلاج تبعاً لمرحلة المرض.

ب-التمارين العلاجية:

إن التمارين جزء هام في جميع مراحل العلاج، ويمثل المريض العضو الفعال في فريق التأهيل، فيجب عليه التجاوب مع طبيبه المعالج واخصائي العلاج الطبيعي للقيام بالتمرينات التي يمكن أن يقوم بها.

**النخاع الشوكي Spinal Cord**

عبارة عن حبل عصبي ابيض اسطواني الشكل يوجد في القناة الشوكية الفقرية، ويعتبر اصغر مكونات الجهاز العصبي المركزي اذ يقارب ٠,٠٥ من حجمه ويبلغ طوله حوالي ٤٥ سم وسمكه سمك قلم الرصاص، يظهر فيه انتفاخان أحدهما في منطقة العنق والثاني في النخاع الشوكي على مسافات منتظمة ٣١ زوجاً من الاعصاب الشوكية ولكل عصب جذران:

أ-جذر ظهري ويحتوي على اعصاب الحس ويعمل على نقل الرسائل العصبية من اعضاء الاستقبال في اجزاء الجسم المختلفة الى النخاع الشوكي للدماغ.

ب-جذر بطني ويحتوي على اعصاب الحركة وينقل الرسائل أو الاوامر التنبيهية الحركية من الدماغ الى اعضاء الاستجابة.

## الامراض والاضطرابات المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي:

إن المشاكل المتعلقة بالدماغ تسبب تشوهاً في الادراك والتحكم الجسدي، وبالرغم من إن المشاكل الجسدية تعتبر اخف من المشاكل الادراكية التعليمية، الا أن هناك مشاكل جسدية حادة تتطلب رعاية خاصة في المدرسة وفي كل مكان.

### ١ –تلف النخاع الشوكي Spinal Cord Damage

عندما يتعرض النخاع الشوكي للتلف، فإن تقاطعاً بين الجسم والدماغ يحدث ويفقد الانسان الاحساس في بعض الاطراف، فقد كانت اسباب الاعاقات الجسدية في الماضي تعود الى شلل الاطفال الذي يصيب الصغار والبالغين، ولكن لوعدنا لاصل المرض لوجدنا أنه اصابة النخاع الشوكي بحمى فيروسية، ويمكن أن يكون هذا المرض خفيفاً أو حاداً وعلى درجات مختلفة.

لكن التطعيم ساعد كثيراً على خفض نسبة الاصابة بهذا المرض، وهنالك امراض اخرى تصيب الانسان وتكون ناتجة عن اصابة النخاع الشوكي، مثل التهاب المفاصل وضمور العضلات الفقارية، تصلب الانسجة المتعددة.

وأن معظم اسباب تلف النخاع الشوكي هذه الايام تعود الى الحوادث، (حوادث السيارات، الغرق، سقوط ..الخ).

### ٢ –بروز النخاع الشوكي Spina Pifida

هو من اشد الاعاقات الخلقية خطورة خاصة اذا كانت درجتها شديدة، وهو يشكل واحدة من التشوهات الولادية الخطيرة وقد يكون نتيجة لتعرض الأم اثناء فترة الحمل لاشعة اكس، في اليوم الثلاثين من الحمل يبدأ تطور الانبوب العصبي الذي يتكون منه الدماغ، وجذر الدماغ والحبل الشوكي أو عندما يتوقف هذا التطور أو لا يتطور بشكل جيد، فإن الجنين يعاني من حالة التشقق في العمود الفقري

وبروز النخاع الشوكي، وتحدث هذه الحالة في الولايات المتحدة الاميركية بنسبة ٣ اضعاف غيرها من العالم.

**تصنيفات هذه الحالة:**

تصنف هذه الحالة على اساس ومدى التلف الحاصل وتقسم الى ثلاثة انواع:

١ –الدم الخفي أو البروز المخفي وهي اخف الحالات، ولا تظهر الا بواسطة اشعة اكس وتحدث هذه الحالة نتيجة نمو غير كامل لفقرة أو اكثر من فقرات العمود الفقري، وهي لا تحتاج الى علاج، وقد تشير الى مثل وجود هذه الحالة، بقعة شعر على الجلد أو بقعة حمراء.

٢ –الغشاء المغطي للنخاع الشوكي.

عندما تكون الفتحات بين فقرات الظهر واسعة اكثر من اللازم تحدث أن يدخل الغشاء الذي يغطي النخاع الشوكي بين هذه الفتحات محدثاً ما تسمى الحدبة أو الورم، وبهذا لا تتأثر الاعصاب والنخاع الشوكي ولايحدث شلل أو فقدان الاحساس في المنطقة التي تقع تحت هذه المنطقة، ولكن الطفل المصاب بهذا المرض بحاجة الى جراحة لاستئصال الورم لأنه يكون حساس لاي اذى، ويحدث هذا الورم لواحد كل الف ولادة.

٣ –بروز الكيس الذي يحوي الاعصاب والنخاع الشوكي.

تعتبر هذه الحالة من اصعب حالات العمود الفقري حيث يتسبب نمو العظم غير الطبيعي في بروز النخاع الشوكي وجذور الاعصاب من العمود الفقري، حيث يتكون ما يشبه الكيس الممتلئ بالماء العظمي وهذه الحالة هي حالة صعبة وخطيرة وهي من اهم مسببات اسقاط الجنين، ولا يعيش من هذه الحالات الا حوالي ثلاثة حالات من كل الف حالة.

وقد يكون حجم هذا الكيس ما بين قبضة اليد أو حجم كرة سلة صغيرة لأن الاعصاب في الداخل تكون غير مستخدمة، وقد تؤدي الجراحة في الغالب الى الاصابة بالشلل وفقدان الحس في اجزاء الجسم المتصلة مع منطقة الاعصاب.

وقد يصاحب هذه الحالة، حالة اخرى خطيرة وهي تضخم الرأس واستسقاء الدماغ وبالتالي تحطم واتلاف الدماغ إن لم يحدث لها علاج، وقد تحدث هذه الحالة لدى ٦٠٪ الى ٨٠٪ من الحالات.

**اصابات النخاع الشوكي:**

أ- شلل الاطراف السفلى.

ب-شلل الاطراف العليا.

ينتج هذا النوع من الاعاقة الحركية نتيجة كسر بالفقرات العنقية أو الظهرية أو القطنية أو العجزية ويؤدي هذا الكسر بدوره الى ضغط على الجملة العصبية والنخاع الشوكي المغذية للاطراف، فاذا حصل الضغط على الفقرات الظهرية والقطنية والعجزية فيحصل شلل بالاطراف السفلى.

واذا كان الضغط على الفقرات العنقية فانه قد يؤدي الى شلل بالاطراف العليا أو السفلى معاً ويسمى شلل رباعي، ويوجد عدة انواع من هذه الاصابة فقد تكون الاصابة مكتملة اي قطع كامل بالجملة العصبية فيسمى هذا شلل مكتملاً أو قطع جزئي ويسمى هنا شلل غير مكتمل اي انه توجد بعض الحركات لبعض الخلايا العصبية التي لم تصب، ويمكن للشلل أن يكون حركياً فقط أو حركياً وحسياً ويعتمد على مكان اصابة الجملة العصبية.

يكون الشلل مصحوباً عادة في عدم السيطرة على التحكم في البول والغائط نتيجة اصابة المراكز المسيطرة على الاعضاء والموجودة داخل الجملة العصبية وعدم ايصال المنبهات الى الدماغ.

**اسباب اصابات النخاع الشوكي:**

أ-الاسباب الطبيعية والحوادث:

١ -حوادث الطرق والتصادم.

٢ -حوادث التدهور.

٣ -حوادث السقوط.

٤ -حوادث العمل.

٥ -حوادث الاصابات الرياضية.

ب-الاسباب المرضية:

١ -تشوهات العمود الفقري الخلقية والولادية لدى الاطفال.

٢ -الاورام الخبيثة في العمود الفقري.

٣ -امراض السل وغيرها بالعمود الفقري.

٤ -امراض النخاع الشوكي العصبية.

٥ -عمليات الدسك الفاشلة قد تؤدي الى نوع من الاصابة.

**مضاعفات الشلل بالاطراف:**

١ -عدم المقدرة على الاحساس من مكان الاصابة والى اسفل الاطراف.

٢ -عدم القدرة على تحريك الطرف المصاب وبذلك عدم القدرة على المشي.

٣ -التهابات المسالك البولية المستمرة.

٤ -تكاثر وجود الحصى البولية في المثانة والكلى مما يؤدي الى هبوط عمل الكليتين.

٥ -التقرحات الجلدية وسهولة التقرح لدى المريض الغير قادر على الاحساس.

٦ -عدم القدرة على السيطرة في التحكم على الغائط.

٧ -تشوهات الاطراف وتقلصات مفصلية وعضلية مستمرة مع تحدد في حركات المفاصل.

٨ -هبوط القدرة الجنسية.

٩ -هبوط الضغط لدى مرضى الشلل.

١٠ -ارتفاع الضغط لدى المرضى المزمنين نتيجة اصابة الكلى بامراض معينة.

**مراحل تأهيل شلل الاطراف السفلى**

**أ-مرحلة المرض الحادة:**

هذه المرحلة تبدأ بعد اصابة المريض من اليوم الاول بكسر بالعمود الفقري وضغط على الجملة العصبية حيث يتم نقل المريض بواسطة اخصائيين مدربين على نقل والتعامل على مثل هذه الاضطرابات الى وحدة النخاع الشوكي ويتم وضع المريض على سرير كهربائي متحرك وتسند اجزاء الجسم بواسطة مخدات ويوضع تحت منطقة الكسر مباشرة طبقة آخرى من المخدات وذلك لمحاولة اعادة كسر العمود الفقري الى وضعه الطبيعي، يقلب المريض على التخت الكهربائي كل ساعتين الى اليمين والوسط واليسار وذلك لتجنب حصول مضاعفات جانبية مثل التقرحات الجلدية، ويبقى المريض على هذا النوع من الاسره لمدة ٨ -١٢ اسبوع، وتجري خدمته الطبية كاملة وهو نائم حيث يجرى له الحمام اليومي ويعطى الادوية والعقاقير وتجرى له عملية قسطرة للمثانه ثلاث الى اربع مرات باليوم وذلك لعملية

تدريب المثانه على تفريغ البول تلقائياً وفي هذه المرحلة يلعب المعالجين الفيزيائيين والمهنيين دوراً هاماً وذلك بما يلي:

أ-اجراء التمارين المستمرة اليومية للاطراف السفلى والعليا وذلك لتحاشي حصول التشوهات والتيبسات المفصلية ولتدريب العضلات لكي تعود الى قوتها الطبيعية اذاكان الشلل غير مكتمل وايضاً لتدريب عضلات الاطراف العليا والعضلات السليمة حتى يستعملها المريض في المستقبل عند انتهاء الحالة الحادة لديه وذلك ليعين نفسه للتنقل من السرير والى الكرسي المتحرك وبالعكس وايضاً حتى يستطيع المريض دفع الكرسي المتحرك بواسطة قوة اليدين.

ب-اجراء التمارين اليومية للاطراف بمنع حصول جلطة الوريد في الساق وذلك بواسطة دفع الدم من الاطراف الى اعلى ومنع تجمعه بالاطراف السفلى ايضا الحركات اليومية تحسن من اندفاع الدم الشرياني والوريدي الى الساقين.

ج-اجراء المعالجة التنفسية للمرضى يومياً مما يمنع حصول الالتهابات الرئوية ويحسن قوة التنفس للمرضى.

د-يجب مراعاة وضع المريض في السرير اثناء اجراء التمارين والمعالجة الفيزيائية باستمرار.

تجري جميع الحركات في مرحلة الاصابة الحادة بواسطة الحركات العلاجية القسرية وذلك لمنع تحدد الحركة بالمفاصل وايضا تجنب التيبس والتكلس المفصلي وقصر العضلات والاوتار العضلية.

اما الاطراف العليا اذا كانت سليمة فيجب تقويتها بواسطة التمارين العلاجية الحرة والمضاعفة وذلك لتقوية العضلات لأنها ستكون العماد الاساسي للمصاب في حياته المستقبلية.

**ب- المرحلة الثانية لتأهيل المريض** والتي تلي مرحلة المرض الحاد:

فهذه المرحلة التي تبدأ بعد شفاء الكسر وامكانية تحريك المريض من الفراش وعادة تبدأ بعد الاسبوع الثالث عشر من الاصابة فهنا يعين للمريض مساق خاص من المعالجة الفيزيائية المكثفة بالنقاط التالية:

١ -رفع المريض من الفراش بالتدريج وذلك لتجنب هبوط الضغط التي قد تسبب دوخة في معظم الاحيان فقدان الوعي.

٢ -تعليم المريض تمارين التوافق وخصوصاً اذا كان الكسر في الفقرات السفلية اي أن عضلات البطن سليمة وذلك لكي يحفظ المصاب توازنه عندما يجلس المصاب على كرسي متحرك بعجلات.

٣ -تعليم المصاب عملية الانتقال من السرير الى الكرسي المتحرك وبالعكس وبدون الاعتماد على مساعدة من اي طرف آخر.

٤ -تعليم المصاب كيفية الاعتناء بنفسه وبجلده وكيفية فحص نفسه يوميا في المناطق التي لا يحس بها وذلك لتجنب حصول التقرحات الجلدية لأنها من اهم الاسباب التي قد تودي بحياة المصاب.

٥ -تعليم المصاب كيفية قضاء حاجاته اليومية أو المعيشية بنفسه ضمن حدود امكانية اصابته.

٦ -التمارين المضاعفة لاطراف المريض السليمة أو لاطرافه المصابة جزئياً وذلك لتقوية العضلات التي بقيت سليمة بعد اصابته والتي قد تساعده لاستعمال اجهزة طبية مساعدة للمشي.

٧ -تمارين السير وذلك باستعمال اجهزة طبية مساعدة تعتمد نوعيتها حسب درجة الاصابة.

٨ -استقصاء امكانيات المصاب في تعليمه المبادئ الاساسية في حرفة جديدة خلال فترة المعالجة الفيزيائية واعطائه المعلومات الاولية في هذا الموضوع من قبل المعالجين المهنيين وذلك تمهيداً لابتداء حرفة جديدة تساعده في حياته المستقبلية نظراً لأن معظم الاصابات تجبر المصابين على تغير نمط حياتهم وحرفتهم الاعتيادية وحيث أن المصابين سيرسلون بعد فترة تأهيلهم الطبي الى مراكز حرفية متخصصة لاستكمال فترة التعليم بالنسبة للحرف التي اختاروها للحياة المستقبلية.

٩ -ضرورة الزيارات المنزلية من قبل المعالجين وذلك لعمل الاضافات اللازمة في مساكن المصابين لكي تتناسب مع الوضعية الجديدة بالنسبة للمصاب.

**ملاحظات مهمة لمرضى اصابات النخاع الشوكي والمسؤولين عن تأهيلهم:**

**أ-الاحتياطات اثناء نوم المريض على السرير:**

١ -يجب التأكد من عدم وجود تجاعيد من الشراشف بالتخت.

٢ -يجب استعمال الفرشات القاسية أو اليابسة الغير قابلة للانثناء.

٣ -يجب تقليب المريض اثناء الليل والنهار وكل ساعتين.

٤ -يجب عدم استعمال (قربة) الماء الساخن لهؤلاء المرضى اثناء النوم.

٥ -يجب فحص جلد المريض بنفسه بواسطة مرآة يومياً في الصباح وفي الليل.

٦ -يجب فحص جلد الساقين اذا كان المريض يستعمل اجهزة مساعدة بعد نزعها.

٧ -اذا كانت شراشف المريض مبلولة فيجب تغيرها على الفور.

**ب–الاحتياطات اثناء لبس الملابس:**

١ –يجب عدم استعمال الابر داخل الملابس.

٢ –يجب عدم لبس الملابس الضيقة، مثل البنطلونات والجرابات الضيقة.

٣ –يجب المحافظة على اظافر اليدين والقدمين قصار وناعمين.

٤ –يجب التأكد من حرارة الماء قبل الحمام ودرجة الحرارة يجب أن تكون اقل من ٣٦,٥ درجة مئوية.

٥ –يجب التأكد من عدم وجود مسامير أو قطع حديدية أو حجارة داخل الاحذية قبل انتعالها.

٦ –التأكد من عدم وجود ادوات حادة داخل البنطلونات اثناء اللبس.

**ج–الاحتياطات اثناء التنقل:**

١ –يجب تحريك الساقين بحذر شديد، ويجب رفعهم عن الارض حين التنقل ويمنع جرهم.

٢ –يجب رفع القدمين لمستوى عالي نوعا ما عند التنقل وذلك حتى لا ترتطم القدم باشياء صلبة موجودة على الارض كالحجارة والادراج.

٣ –عند التنقل من السرير الى الكرسي المتحرك يجب التأكد من أن الفرامل ثابتة والكرسي محكم.

٤ –يجب عدم الجلوس على مقاعد صلبة ويجب استعمال المخدات الواقية للجلوس عليها على الكرسي.

**د–الاحتياطات عندما يكون المريض جالساً على الكرسي المتحرك:**

١ –يجب على المريض أن يرفع جسمه وذلك بمساعدة قوة يديه عند مقعد الكرسي المتحرك كل (١٥) دقيقة لمدة (١٥) ثانية.

٢ -يجب رفع مرضى الشلل الدماغي بواسطة مساعدة كل ٣٠ دقيقة عن المقعد لمدة ١٥ ثانية.

٣ -يجب عدم الجلوس بجانب صوبات الكاز أو التدفئة المركزية أو اي مصدر نار وحرارة.

٤ -يجب على مرضى الشلل النصفي وضع كفوف جلدية اثناء قيادتهم الكرسي المتحرك.

٥ -يجب اخذ الاحتياطات اثناء التدخين وذلك لعدم سقوط الرماد المشتعل أو مقدمة السجاير على قدمي المعاق.

٦ -يجب تحاشي تعرض الساقين للحرارة الشديدة أو البرودة الشديدة.

٧ -يجب عدم تعريض الجلد الفاقد للاحساس لحرارة الشمس الشديدة.

٨ -يجب عدم وضع الاوعية التي تحتوى الطعام الساخن على الساقين.

**هـ-احتياطات الامان في استعمال الكرسي الكهربائي المتحرك:**

١ -يجب التنقل بحذر شديد.

٢ -يجب استعمال المخدات الواقية تحت المقعد.

٣ -يجب عدم استعمال تدفئة حرارية بجانب الكرسي.

٤ -يجب فرك الساقين في الطقس البارد.

**شلل الاطراف الناتج عن تشوهات خلقية بالعمود الفقري لدى الاطفال:**

كثيراً ما يحصل تشوهات خلقية ولادية في العمود الفقري نتيجة عدم اكتمال النمو الطبيعي للعمود الفقري لدى الجنين قبل الولادة مما يؤدي الى ولادة طفل بوجود فتحة أو طاقة تصل الجملة العصبية بخارج الجسم وكثيراً ما يحصل أن تكون الجملة العصبية مصابة مما يؤدي الى شلل بالاطراف السفلى.

يحصل هذا المرض بنسبة ٣ في كل ١٠٠٠ طفل وليد وتكون نسبة الوفيات عالية بهذا المرض وذلك لحصول تضخم بالرأس نتيجة اغلاق القنوات المبطنة للجملة العصبية وتجري لها عمليات معينة لمساعدة المريض للتخلص من السائل الزائد، وفي حالة نجاة الطفل فانه يبقى معوقاً حركياً مدى الحياة.

**مضاعفات فتحة الظهر بالاطفال**

١ –تضخم الرأس قد يؤدي الى تأخر عقلي.

٢ –شلل بالاطراف السفلى وقد يكون مكتملاً وغير مكتملاً.

٣ –التهابات المجاري البولية.

٤ –عدم القدرة على السيطرة على البول والغائط.

٥ –كثيراً من المشاكل الاجتماعية / العائلية / النفسية.

٦ –ينطبق عليه ما ينطبق على الشلل بالاطراف السفلى نتيجة الحوادث.

**الشلل النصفي**

هو احد اكثر مسبب للاعاقات الحركية في العالم، ويوجد حوالي نصف مليون معاق بسبب الشلل النصفي فقط في المملكة المتحدة، ويتسبب عن انفجار احد الاوعية الدموية المغذية لحجيرات الدماغ نتيجة ارتفاع في الضغط أو مرض السكري وعدة امراض اخرى كتصلب الشرايين، أو نزيف بالدماغ وبالنتيجة يؤدي الى شلل في جهة واحدة من جسم الانسان ولذلك يسمى بالشلل النصفي، يبدأ الشلل في الحالة الحادة بشلل رخوي ومن ثم تدريجياً تبدأ العضلات بالتيبس وتصبح الاطراف المصابة متيبسة كلياً وقد تؤدي حركات غير ارادية، قد يتحسن المريض بعد الاصابة ولكن نسبة التحسن بطيئة وقد لا تصل الى التحسن الكامل.

يحتاج المريض الى علاج سريع بعد الاصابة وذلك لوقاية المفاصل والحركات

من التجمد من قلة الحركة وحتى يتعلم المريض المشي تدريجياً واستعمال اليد المصابة بقدر الامكان. اما عوارض الشلل النصفي فهي ضعف ونقص في قوة العضلات مصحوب بنقص في الاحساس وتيبس بالعضلات وخلل بالنظر أو فقدان جزئي بالنظر وتغير في الكلام وفي بعض الاحيان عدم القدرة على الكلام أو استعاب الكلام أو معرفة اجزاء الجسم وتجاهل الطرف المصاب من قبل المريض واعتباره جزء غريب دخيل عليه، وفي بعض الحالات قد تحصل حالات هستيرية نفسية من الضحك أو البكاء المفاجئ بلا سبب.

جميع هذه الاعراض قد تؤدي الى بطئ وتأخير في عملية تأهيل المريض كلياً واعادتة الى المجتمع عضو عامل بسرعة، وايضا تجد أن نسبة تحسن وشفاء الطرف الاسفل (القدم) اسرع من شفاء الطرف العلوي (الساق) وقد لا يسترد بعض المرضى اي حركة أو تحسن ويبقى معتمداً على الكرسي المتحرك كوسيلة للتنقل.

قد يصاب ايضاً الاطفال بهذا المرض ولكن السبب هنا يختلف فقد ينتج عن صدمات دماغية اثناء الولادة أو بعدها وحصول نزيف في حجيرات الدماغ أو وجود تشوهات خلقية ولادية بالشرايين وفي بعض الاحيان نتائج ارتفاع الحرارة الشديدة بالاطفال أو وجود دمل دماغي.

**الوقاية:**

١ -اجراء فحوصات دورية سنوية للجميع والتأكد من عدم وجود ضغط أو سكري أو اي امراض اخرى قد تؤدي الى الشلل النصفي.

٢ -التثقيف الصحي للجميع عن المسببات ومعالجة امراض السكري والضغط وتصلب الشرايين سريعاً قبل حدوث الشلل النصفي.

**العلاج:**

اما علاج الشلل النصفي فهي المعالجة الفيزيائية والتأهيل المستمر والمؤمن

للمريض وذلك باجراء التمارين المنظمة المنسقة والمدروسة للمريض من خلال العلاج الطبيعي والمعالجة المهنية، وتدريب عائلة المصاب على علاج الحالة المرضية لمتابعة علاج حالته في المنزل.

**البتر**

يعرف البتر بأنه استئصال طرف أو اكثر من اطراف الجسم سواء احدى الاطراف العلوية أو جزء منها أو السفلية أو جزء منها.

ويقدر بحوالي ٦٠٪ من البتور تحصل فوق سن الستين ونسبة البتر ما بين الاطراف السفلية والعلوية هي بنسبة ١:١٠ ,

**اسباب البتر:**

١ –حوادث العمل وحوادث الصدمات وغيرها وتشكل حوالي ٢٠٪ من حالات البتور.

٢ –عدم وصول كميات كافية من الدم الى الاطراف السفلى وتشكل هذه نسبة حوالي ٦٠٪ من حالات البتر وتضم هذه المجموعة عدة امراض:

أ–تصاب الاوعية الدموية والشرايين.

ب–تضيق الاوعية الدموية والشرايين.

ج–امراض السكري.

٣ –امراض الاورام الخبيثة والسرطان العظمي وغيره وتشكل حوالي ٦٪ من البتور.

٤ –التشوهات الخلقية بالاطراف وتشكل حوالي ٦٪ من البتور.

٥ –التهابات العظام والكسور التي يستحيل اعادة العظم الى وضعه وتعفن الانسجة المحيطة وتشكل هذه المجموعة حوالي ٨٪ من حالات البتور.

عادة بتر احد الاطراف السفلى في ايام الطفولة والشباب لا يشكل اعاقة حركية جدية ويستطيع المريض التغلب على هذه الاعاقة ببساطة، الا اذا تأخر المريض في عمل واستعمال الطرف الاصطناعي الذي يوفر له بعد البتر أو اذا كان البتر مرتفعاً جداً في الطرف، ولكن قد تشكل البتور في السن المتقدمة والناتجة عن تضيق الاوعية الدموية وتصلب الشرايين اعاقة حركية جدية وذلك لحصول البتر عادة بالطرفين، ولكن بتقدم العلوم الجراحية واجراء العمليات وبتر الاطراف بطريقة مدروسة وبالاضافة الى تقدم علوم التأهيل الطبي والاطراف الصناعية اصبحت اعاقة البتور تشكل نسبة صغيرة من الاعاقات الحركية واصبح المريض بعد البتر لا يمكث مدة طويلة بالمستشفى ويبدأ باستعمال الاطراف الصناعية بعد مدة بسيطة من البتر والتدريب على المشي على انواع مختلفة من الاجهزة بعد اليوم الخامس من البتر، ومن ثم يجهز له الطرف الاصطناعي المناسب. توجد بعض العوائق التي تؤثر وتؤخر عملية تأهيل المريض بعد البتر ومنها المرضى المسنين حيث تكون العضلات الباقية ضعيفة مع وجود تنكسات مفصلية أو يعانون من امراض اخرى كامراض القلب والرئتين وغيرها مما يشكل اعاقة وتأخير في تأهيل المريض بعد البتر.

**مراحل تأهيل المريض بعد البتر.**

١ –ما قبل البتر: يجب على المريض أن يحاول تقوية عضلات اليدين والظهر والحوض قبل اجراء عملية البتر وذلك للطرف المقابل للبتر حتى يستطيع الاعتماد على الطرف الآخر بشكل اكبر بعد عملية البتر.

٢ –مرحلة البتر: تدرس حالة البتر من جميع النواحي وبعد البتر مباشرة بمدة خمسة ايام تبدأ عملية تأهيل المريض لاستعمال الطرف الاصطناعي ويبدأ المريض بالمشي مدة ساعة يومياً بواسطة جهاز معين وذلك حتى يتم شفاء الجرح تماماً.

٣ –مرحلة وضع الساق الاصطناعي: وتبدأبعد شفاء الجرح تماماً وعودة الساق المبتورة بشكل مقبول وتزول الانتفاخات، فيفصل له طرف اصطناعي مبدئي ويبدأ باستعماله مباشرة ويتدرب على استعماله في قسم المعالجة الفيزيائية حتى يتدرب عليه جيداً وتتابع حالته بعد ذلك.

٤ –ضرورة منح المصاب بساق اصطناعي آخر وذلك لمساعدته في حالة كسر أو عطل في الساق الاولى.

وعلى العموم كلما كان الطرف المبتور قصيراً كلما كانت عملية التأهيل اسرع واذا كان البتر في ساق أو طرف أو جزء من طرف واحد فعملية تأهيل المريض افضل واسرع من بتر في طرفين وعلى العموم يعتبر البتر المزدوج للطرفين السفليين فوق الركبة اعاقة حركية شديدة ويحتاج المريض الى جهد عضلي وجسدي كبير عند استعمال الاطراف الصناعية للتنقل.

**العناية بالعضو المبتور ما قبل تركيب الطرف الاصطناعي، البتر فوق الركبة:**

**العناية بالجلد:**

تشكل العناية بجلد الجدعة وجفافها امراً جوهرياً يستحسن أن يتم كل مساء وذلك للمحافظة على الجلد في احسن حال، ومن الممكن أن تتم عملية الغسل والتنشيف بالاسترشاد بالخطوات الآتية:–

١ –اغسل جلد الجدعة كاملا وجيداً بماء نظيف فاتر وصابون مخفف التركيز مع الحرص على ازالة بقايا الصابون عن الجلد خوفاً من أن يؤدي ذلك لتخديش الجلد والتهابه، كما أن عليك عدم ابقائك ساقك المبتورة تلك في حوض الماء لفترة طويلة، إذ قد يؤدي ذلك لتورمها بالاضافة لاضعاف الجلد ووهنه.

٢ –تنشيف الجلد، ويجب أن يتم بشكل لطيف ولكامل جلد الجدعة مع تجنب فركه بسرعة وعنف، لأن هذه العملية قد تؤدي لتخديش الجلد وايذائه.

**تدليك جلد الجدعة:**

يتم ذلك بشكل لطيف وحساس مع العناية برفع الجدعة بين حين وآخر وذلك لعدة مرات كل يوم، ويقصد بهذه الاجراءات زيادة تحمل الجلد للضغط وتقليل حساسيته.

من المهم التذكير بعدم حلق الجدعة، لأن الحلاقة كثيراً ما تؤدي الى تخديش الجلد وتهيجة، كما قد تؤدي لاحداث التهابات جلدية على شكل طفوحات حاكة.

كما يجب عدم وضع المراهم والمحاليل أو المعاجن المزلقة أو غيرها على جلد الجدعة، الا اذا اشار الطبيب المعالج بذلك.

**التضميد:**

إن اهم هدف من استخدام الضماد في هذه المرحلة هو تحضير (الفخذ المبتور) للمرحلة القادمة وهي وضع وتثبيت الطرف الاصطناعي عليها، إن من المناسب هنا أن تستخدم ضماداً مرناً (اي محتوياً على الياف مطاطية)، تؤدي عملية الضماد الى تقليص وتكميش الجدعة، كما تؤدي لتشذيب سطحه الذي سيرتكز عليه الطرف الاصطناعي مستقبلاً، وفي المعالجة الآتية سنحاول بإذن الله أن نشرح المبادئ العامة التي يطلب من الشخص المصاب أن يقوم بها في هذا المجال:

١ –قبل البدء بعملية التضميد ذاتها يجب التأكد من أن الضماد جافاً تماماً وملفوفاً بشكل لفافة (لفة) جاهزة، كما يجب التأكد ايضاً من جفاف الجدعة.

٢ –يجب ابقاء الضماد على الفخذ المبتور كل الوقت سواء ليلاً أو نهاراً، ولكن يجب فكه في الحالات الآتية:

عند الاستحمام، عند تدليك العضو، وعند اجراء التمرينات التي ستكون في حالة الاستلقاء على الظهر أو البطن أو الجلوس....

٣ -يستحسن أن يعاد الرباط الضماد كل حوالي ٤ ساعات، الا اذا دعت الحاجة لذلك عند ارتخائه أو انزلاقه مثلاً، عند ذلك يجب اعادة وضع الضماد اذا سبب المأ، فالضماد يجب ان يكون ضاغطا قليلاً من الاسفل ولكن ليس مؤلماً .

**العناية بالعضو المبتور في مرحلة ماقبل تركيب الطرف الاصطناعي، البتر تحت الركبة.**

**العناية بالجلد:**

تشكل العناية بالعضو المبتور وجفافه امراً جوهرياً، حيث ان من المناسب ان تتم عملية تنظيف الجلد مساء كل يوم ، وذلك للمحافظة على سلامة الجلد، حيث ان من الممكن ان تتم هذه العملية وذلك بالاسترشاد بالخطوات الآتية:

١ – اغسل الجدعة (العضو المبتور) بمحلول مخفف من الصابون والماء الفاتر، وذلك بعد ان تفك عنه الضماد.

٢ – اشطف الجدعة كاملاً وبشكل جيد بالماء النظيف واحرص على ان تزيل اي أثر للصابون عن الجلد، وذلك خوفا من ان يؤدي ذلك لتخديشه والتهابه، كما وتأكد من ان تتم هذه العملية بالسرعة المناسبة لان الابقاء على الجدعة (الطرف المبتور) في حوض الماء لفترة طويلة يؤدي الى تورمها بالاضافة لضعف الجلد ونقص التروية الدموية للمنطقة.

٣ – تنشيف الجلد.

**تدليك الجدعة:**

تهدف عملية التدليك الى انقاص حساسية الجلد للمؤثرات الخارجية (الكيماوية والفيزيائية) والى زيادة تحمله للضغط عند استخدام العكازات او الاطراف الاصطناعية فيما بعد، كما ان من المناسب العناية برفع الفخذ المبتور عدة

مرات في اليوم لان ذلك يساعد على تنشيط الدورة الدموية فيها ويقلل من احتقانها وامكانية تورمها.

**التضميد:**

يؤدي استخدام الضمادالمرن المناسب في هذه الفترة من البتر لتحضير الجدعة (العضو المبتور) استعداداً لوضع الطرف الاصطناعي عليها، وذلك لتقليصها وكش اطرافها قليلاً من ناحية، وتشذيب سطحها من ناحية اخرى قبل البدء بعملية التضميد ذاتها فان من المناسب التأكد من ان الضماد المستخدم جاف تماماً، وملفوف على شكل ربطة او لفة جاهزة، كما ان الساق نفسها جافة ايضاً...

**الصرع Eplepsy**

وفر العلم الحديث وسائل علاجية للمصابين بامراض مزمنة يمكنهم استخدامها بأنفسهم للتحكم في اعراض امراضهم، فيستطيع الآن الكثير من المصابين بالصرع ان يعيشوا حياة اقرب الى السواء، ولكي يساعد المدرس هؤلاء الاطفال عليهم ان يراقبوا ما قد يطرأ على مظهرهم من تغيرات، وبذلك يمكنهم تجنب ماقد يواجهونه من مشاكل جسمية وتوافقية.

**تعريفات الصرع:**

١ – هو اضطراب في وظيفة الجهاز العصبي المركزي الناتج عن خلل مفاجئ لوظائف الجهاز العصبي (تفريغ سيالات كهربائية زائده في الدماغ) والذي يؤدي الى سقوط المصاب به فجأة بنوبات تشنجية ويصاحبها تقلصات عضلية تصيب جميع اجزاء الجسم تدوم بضع دقائق مع فقدان الوعي لفترات مختلفة.

٢– مصطلح (الصرع) مشتق من كلمة يونانية تعرف (بالنوبة) ويعرف بانه عبارة عن سلسلة من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي في المخ وتحدث

نوبات الصرع نتيجة لحدوث زيادة متقطعة للنشاط الكهربائي لخلايا الدماغ، والذي ينعكس ويظهر على شكل تشنج عضلي، وفقدان الوعي لفترات زمنية متفاوته قد تظهر ايضاً نوبات من الضحك واشكال اخرى من السلوك الشاذ ناتج عن فقدان الوعي بصفة مؤقته.

٣ – الصرع هو سلسلة من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي ينتج عنها نوبات مفاجئة لايمكن التحكم بها، يفقد خلالها المصاب وعيه وتحكمة في عضلاته وتعتبر الاسباب الرئيسية للصرع غير معروفة ولكن يعتقد بانه ناتج عن اصابات مخية او تهيج في المخ، وغالباً ما يحمل الناس اتجاهات سلبية نحو الاشخاص المصابين بهذه النوع من الاعاقة لما يحدثوه من اذى في انفسهم، وازعاج الآخرين اثناء نوبات الصرع.

٤ – نوبة الصرع: هي نوبات تكون مفاجئة وقصيرة الامد في اغلب الاحيان وهي عبارة عن فترات من غياب الوعي او التغيرات التي تطرأ على الحالة العقلية وكثيراً ما يصاحبها حركات متشنجه تنتفض انتفاضاً.

**انواع نوبات الصرع:**

يمكن تصنيف اكثر اشكال الصرع شيوعاً في قطاعات رئيسية ثلاثة:

١ – النوبة الصغرى.

٢ – النوبة الكبرى.

٣ – النوبة نفس – حركية.

وفيما يلي نستعرض انواع نوبات الصرع التي يتضمنها التصنيف.

**١ – نوبة الصرع الصغرى (الخفيفة) :**

يصيب هذا النوع من النوبات في معظم الاحيان الاطفال فيما بين سن الرابعة

وسن العاشرة، وتعتبر احلام اليقظة من المظاهر الاولية لهذا النوع من النوبات لذلك يتأثر التعلم المدرسي نتيجة لفترات عدم الانتباه عند الطفل.

والنوبة الصغرى عبارة عن غيبوبة تحدث لمدة قصيرة تستمر اقل من نصف دقيقة ولكنها تتكرر اكثر من نوبة الصرع الكبرى حيث يمكن ان تحدث ١٠٠ مرة في اليوم الواحد ومن اعراضها حدوث الومضات السريعة للعينين الحركات الارتعاشية في الرأس والذراعين.

**٢- نوبة الصرع الكبرى:**

يتخذ هذا النوع من النوبات شكل الارتعاش التشنجي العنيف في الجسم يمكن ان تستمر النوبة من هذا النوع ما بين دقيقة واحدة الى عشرين دقيقة وان كانت مدة النوبة تقل في العادة عن خمس دقائق، والاعراض المصاحبة لهذه النوبة تتضمن:

عدم انتظام التنفس، سيلان اللعاب، زرقة الوجه وبصفة خاصة الشفتين، يستطيع بعض الاطفال المصابين بنوبات الصرع تميز بعض الدلالات التحذيرية التي تنذرهم بقرب بداية النوبة، وتشمل هذه الدلالات التحذيرية على الشعور بنوع من التخدير او الوخز الخفيف في الجسم، او الاحساس برائحة معينة او صوت معين سبق ان خبره الطفل في النوبات السابقة.

وفي هذا النوع من النوبات قد يعود الطفل المصاب الى مزاولة نشاطه بعد زوال آثار النوبة ولكن اذا كانت النوبة طويلة فقد يصاب الطفل بالدوخان ويكون في حاجة للنوم.

**٣ - النوبة النفس - حركية:**

يحدث هذا النوع في الاطفال الاكبر سنا والراشدين وتكون اعراض هذه

النوبات مثلا الدوار وتوقف نشاط الفرد وتظهر ايضا حالات كالضغط على الشفتين وحك الساقين او اليدين ونزع الملابس وقد يلازم ذلك ايضا بعض اشكال السلوك الانفعالي غير المناسب مثل الاحساس المفاجيء بالخوف والغضب وفي هذا النوع من النوبات والتي تشكل خطورة كبيرة على المريض لانه عادة يكون غير واع اثناء النوبة الا انه اذا كانت النوبة قصيرة المدى يمكن مواصلة نشاطه العادي يتسبب فقدان وعي المريض في انزعاجة وبصفة خاصة اذا قام بسلوك غير عادي في وجود زملائه.

**أسباب الصرع:**

١ –نتيجة ضربة بالرأس وايذاء في انسجة الدماغ، ثلث حالات الصرع ممكن ان تحصل نتيجة نقص الاكسجين اثناء الولادة او في اي وقت بعد الولادة، واسباب تلف الدماغ التي تسبب الشلل الدماغي والصرع كثيرا ما يترافقان .

٢ – مرض عضوي مثل التهاب السحايا (ارتفاع درجة الحرارة).

٣ – وراثي: في ثلث حالات الاصابة بنوبات الصرع تكون هناك سوابق في عائلات المريض.

٤ – عوامل نفسية خاصة في فترة الطفولة.

٥ – اسباب غير معروفة، ثلث حالات الصرع لايكون هناك سوابق في العائلة ولا يعثر على اي تلف في الدماغ.

**توقيف النوبات:**

– قد تمر اسابيع او اشهر بين نوبة واخرى او قد تتكرر النوبات بسرعة اكبر وقد تأتي النوبات الصغرى في مجموعات وغالباً في الصباح الباكر او بعد الظهر.

– تكون النوبات عادة قصيرة وقد لاتستمر النوبات الخفيفة الا ثوان قليلة،

اما النوبات الكبيرة (الشديدة) فنادراً تدوم اكثر من ١٠ –١٥ دقيقة ولكن هناك حالات نادرة يدخل فيها الطفل في حالة الصرع مدة طويلة وقد تستمر ساعات وتعتبر هذه حالة طارئة طبية.

– قد تظهر هذه النوبات في اي عمر وانواع اخرى قد تبدأ في الطفولة المبكرة ثم تختفي في العادة او تتغير الى انماط اخرى كلما كبر الطفل.

– يرافق الصرع كثيراً من الناس طيلة الحياة، ومع ذلك فان النوبات تتوقف عند الاطفال (بعضهم) بعد بضعة اشهر او سنوات.

**كيفية العمل عندما يصاب شخص ما بالنوبة:**

١ – عند معرفة بان النوبة ستبدأ عن طريق بعض العلامات كالخوف المفاجيء او البكاء يجب حماية المصاب بسرعة بان تجعله يستلقي على بساط طري اي محاولة وضعه في مكان آمن.

٢ – حماية المصاب من أي أذى وخاصة الرأس وابعاد اية أشياء حادة او صلبة قريبة منه.

٣ – ازالة اي عوائق من فم المصاب.

٤ – ازالة الملابس الضاغطة عن جسمه.

٥ – محاولة وضع منديل او شاش بين اسنان المصاب اذا استطاع المسعف تجنب ضغط المصاب لسانه بين الاسنان ومحاولة اعادته الى الفم.

٦ – بين تشنج وآخر يجب ادارة الرأس بلطف الى احد الجانبين بحيث يتسرب اللعاب خارجاً من فمه ولايدخل رئتيه.

٧ – بعد انتهاء النوبة قد يشعر الطفل بنعاس شديد وتشويش فيترك لينام.

**وهناك أشياء قد تؤذيه اثناء اصابته بالنوبة** فيجب على الشخص الموجود في

مكان الاصابة ان لايفعلها:

١ – لاتضعي اي شيء داخل فم المريض.

٢ – لاتعطيه اي اكل او مشروب.

٣ – لاتعطيه ادوية.

٤ – لاتحاولي ايقاف اي حركة غير طبيعية في جسمه.

٥ – لاتضعي اي شيء على جلده.

٦ – لاتحاولي ان توقفي الرعشة التي تصيبه.

٧ – لاتجعليه يسبح لوحده دون ان يراقب بواسطة شخص يقوم بملاحظته ويقوم بانتشاله من الماء فور حدوث النوبة له.

٨ – اذا كانت النوبة تهاجم الطفل بشكل مستمر فلاتجعليه يركب الدراجة.

٩ – لاتجعليه يتسلق السلالم لوحدة.

١٠ – الاحتفاظ بالهدوء.

**أدوية لتجنب النوبات:**

– ليس هناك ادوية تشفي الصرع ولكن هناك ادوية تمنع النوبات عن معظم الاطفال مدة استخدامها بانتظام وطالما بقي الطفل مصابا بنوبة الصرع، وهو ما يستمر لسنوات او مدى الحياة فان عليه الاستمرار في تناول الادوية المضادة للنوبات.

– اذا كان المصاب تعرض للنوبات الكبيرة في الماضي فإن المفضل له عادة ان يتابع تناول الادوية المضادة للنوبات بشكل منتظم لمدة لاتقل عن سنة بعد آخر نوبة وبعد ذلك تخفيفها تدريجيا حتى يتم توقفها.

– اذا تقرر للشخص دواء ضد النوبات فيجب التأكد من انه يتناوله بانتظام في المواقيت المحددة وطوال المدة المحددة وبالكمية المحددة.

**التأثيرات الجانبية والمضاعفات للدواء:**

١ – الجرعة الزائدة يمكن ان تؤدي الى النعاس او بطء التنفس.

٢ – قد يصبح الطفل الشديد النشاط اكثر نشاطاً من اللزوم او سيء السلوك.

٣ – التأثيرات الجانبية النادرة( حركات سريعة لاارادية وطفح جلدي).

٤ – يؤدي الى ادمان خفيف.

٥ – قد تحصل مشكلات في نمو العظام وخصوصاً لدى الاطفال المتخلفين.

فإذا حدث اي نوع من هذه المضاعفات فيجب اخبار الطبيب المختص او العامل الصحي بذلك.

**كيفية ادارة حياة الطفل المصاب بالصرع:**

١ – لاتضيعي الوقت والجهد في مناقشة اسباب حدوث الصرع للطفل، او انه قد ورثه من اي فرع من فروع الاسرة ان ذلك ليس خطأ اي شخص تحاشي مشاعر الخجل والاحساس بالذنب لدى الطفل.

٢ – لاتجعلي من الصرع مبررا لتقليل توقعاتك بالنسبة لاداء الطفل، شجعيه على الاعتقاد بان الصرع هو مجرد نوع من الازعاج المؤقت وان هذا لايقلل من قيمته كطفل.

٣ – تأكدي ان الطفل والصرع المصاب به ليس محور الكون فلاتبالغي في حمايته او رعايته ينبغي ان يخضع للنظام العادي.

لاتجعلي منه مركز للاهتمام ولاتقومي بلومه نتيجة للإزعاج الذي يحدثه اثناء النوبة ولاتجعليه طفلا منبوذا من جانبك او من جانب الاطفال الاخرين.

٤ – ساعديه على تنمية مهاراته الاجتماعية ليكون طفلا محبوباً.

٥ – شجعيه على ممارسة اي نشاط يؤدي الى تحسين صورته عن ذاته ركزي على ما يمكنه القيام به اكثر من التركيز على مالا يمكنه القيام به، وساعديه على زيادة مجال اهتماماته المختلفة.

٦ – شجعيه على احصاء عدد الايام التي لاتهاجمه فيها النوبات وليس عدد الايام التي تصيبه فيها حتى يتمتع بالقدرة على الحياة بشكل طبيعي كامل، وان يتعايش مع الصرع (يتوافق معه).

٧ – تذكري دائماً ان النوبات يمكن ان تتوقف.

**ولضمان السلامة للشخص المصاب** يجب عمل ما يلي:

١ – اتخاذ ترتيبات بسيطة في المنزل او المدرسة او مكان العمل لمنع المريض من الاصابة بأذى عندما تعتريه النوبة.

٢ – اذا كان يعمل على آله فيجب ان تكون مغطاه.

٣ – يجب ان لايستحم لوحدة او يعمل في نهر او بحيرة.

٤ – يجب ان لايعمل في مكان مرتفع على الارض مثل السطح او السلم.

٥ – وضع اسوار او جدران حول الابار والمواقد حتى لايقع الشخص المصاب في بئر او على نار عندما تأتيه النوبة.

٦ – يجب ان يمشي على جانب الطريق مواجهاً اتجاه حركة المرور.

٧ – يتعرض بعض الاشخاص الذين تعتريهم النوبات باصابات في الرأس عندما يقعون على الارض اثناء النوبة لذا يجب صنع قبعة لحماية الرأس حيث يمكن صنعها من لفات سميكة من القماش.

**الوقاية من الصرع:**

١ – حاول ان تتجنب اسباب تلف الدماغ خلال الحمل وعند الولادة وفي سنوات الطفولة وهذا موضوع مهم جداً.

٢ – تجنب الزواج من الاقرباء الحميمين وخصوصاً في العائلات التي فيها سوابق من اصابات الصرع.

٣ – اذا تناول الاطفال دوائهم لمنع النوبات بشكل منتظم وفي بعض الاحيان فان هذه النوبات لاتعود بعد وقف الدواء ولترجيح عدم عودة النوبات الى الظهور تأكد من تناول الطفل دواءه المضاد للنوبات الى الظهور لمدة سنة على الاقل بعد حصول اية نوبة اخرى ولكن كثيرا ما تعود النوبات بعد وقت الدواء واذا ما حصل هذا فيجب اخذ الادوية لسنة اخرى على الاقل قبل وقفها نهائياً.

٤ – تجنب ضربات الرأس والصدمات.

**اضطرابات الجهاز الغدي – مرض السكر Diabetes**

السكري هو حالة مزمنة من ارتفاع مستوى السكر في الدم والبول على الرغم من ان هذا المرض يعتبر من الناحية العلمية اضطرابا جينيا اكثر منه اضطرابا غديا الا ان الحالة تتضمن عملية الايض للكربوئيدات تفرز غدة البنكرياس في الحالات الطبيعية هرمونا خاصا يعرف باسم الانسولين وهو الهرمون الذي يستخدم لتسهيل احتراق الجلوكوز (السكر) الذي يعتبر مصدر الطاقة للانسجة المختلفة في جسم الانسان.

اذن قد يفشل البنكرياس في افراز الانسولين في حالة الاصابة بمرض السكر، وفي هذه الحالة لايحرق السكر في الدم وترتفع نتيجة لهذا كمية السكر في الدم، وتقوم الكليتان بتنظيم التركيز السوي لمكونات الدم بافراز الماء والنفايات في

شكل بول لذلك فان الدم عندئذ ينقي مما يحمله من السكر الزائد الذي يطرد مع البول خارج الجسم، وبينما تحاول الكليتان ازالة كميات كبيرة من البول خاصة في بداية المرض وتؤدي هذه الحالة الى جفاف في الجسم لذلك يشعر المريض بالعطش ويشرب كميات كبيرة من السوائل.

وحيث ان الجسم المريض يعجز عن احتراق المواد السكرية ونشا الطعام والتي يحولها الجسم السليم الى جلوكوز في الخلايا فقد يشعر مريض السكر بالجوع الشديد ورغم ان الطفل يبدأ في اكل كميات كبيرة من الطعام الا ان وزن جسمه يقل في بداية اندلاع المرض ويبدو على الطفل التعب والفتور ويبدأ الجسم المريض في امتصاص وتحليل الدهون سواء تلك المخزونه في الجسم او المستمدة من الطعام وذلك بسبب عدم قدرة الجسم استخدام الجلوكوز الناتج من المواد الكربوهيدراتية لامداده بالطاقة بدون الانسولين وينتج عن تحويل كمية كبيرة من الدهون الى طاقة ارتفاع في مستوى المواد الاسيتونية التي تسرب مع البول واذا لم يقدم العلاج يحدث تسمم حمضي نتيجة لارتفاع كمية هذه المواد الاسيتونية وقد يؤدي هذا التسمم الى غيبوبة سكرية وفي النهاية الى الموت وتعتبر العوامل الوراثية وتلف الغدد وبعض المظاهر السيكولوجية الاخرى من اكثر العوامل المسببة لمرض السكري.

اذن **أعراض المرض:**

١ – نقصان للوزن التدريجي.

٢ – الشعور بالجوع.

٣ – العطش الشديد.

٤ – صعوبة التنفس.

٥ – كثرة التبول.

٦ – وجه محتقن.

٧ – قد يؤدي الى حالة اغماء في حالة نزول السكري.

٨ – دمه اقل قابلية للتخثر.

٩ – جلد المريض يكون دافيء وجاف.

مضاعفات السكري:

١ – ضعف البصر قد يؤدي الى العمى.

٢ – تسمم في الاطراف يؤدي الى البتر.

٣ – عجز في القدرة الجنسية.

٤ – قصور كلوي.

ونقص الانسولين المفاجيء يؤدي الى شلل كلي.

**الوقاية من مرض السكري:**

١ – عدم زواج الاقارب.

٢ – الرياضة واللياقة البدنية.

٣ – العيش بهدوء.

٤ – تجنب الاستمرار في تناول الاطعمة ذات نسبة السكري والدهون الفعالة.

## العلاج

١- للصغار: لابديل عن حقن الأنسولين.

٢- للكبار: الحبوب والأنسولين والحمية الغذائية.

## الكسور:

وهي تخلخل تماسك النسيج العظمي وبالتالي الى انفصاله إا جزئياً او كلياً نتيجة تعرضه لإصابات ميكانيكية ويمكن اجمال أسباب الإصابة بالكسور بالآتي:

١- الإصابات الشديدة : والتي تحدث نتيجة حوادث السير او السقوط من المرتفعات والإرتطام بالمواد الصلبة الزلازل وغيرها.

٢- الإنقباضات العضلية الشديدة كما ينتج من مرض الكزاز.

٣- إصابة الشخص بأمراض العظام مثل الهشاشة او لين العظام عن نقص الثيروكسين.

## أنواع الكسور:

هناك ثلاث أنواع من الكسور:

١- الكسور المغلقة (الكسور البسيطة): وهي التي لايكون لها اي اتصال بالمحيط الخارجي اي لا يكون مصحوباً بجرح خارجي وهذا يعني عدم إيصال الكسر بخارج الجلد المحيط به.

٢- الكسور المفتوحة (الكسور المضاعفة) وهي تلك الكسور التي يصاحبها تلف وتمزق الجلد والأجزاء السطرية المحيطة بالكسر. وفي هذه الحالة يكون الكسر على درجة من الخطورة بسبب تعرضه للعدوى والتلوث.

٣- الكسر المختلط: وهو من أشد انواع الكسور وهو كسر عظمي مصاحب بقطع أوردة وأعصاب وأنسجة عضلية.

## مضاعفات واخطار الكسور:

١ – المضاعفات العامة:

١ – الصدمة.

٢ – الكزاز

٣ – الغرغرينا الغازية.

٢ – المضاعفات الموضعية وتشمل:

١ – اصابة الجلد بالجروح والتقرحات .

٢ – تمزق العضلات

٣ – قطع الاعصاب

٤ – ضمور في العضلات.

٥ – تشوه العضو المصاب.

## – أعراض الكسور:

١ – الالم والصدمة.

٢ – عدم القدرة على تحريك العضو المصاب .

٣ – ارتفاع في درجة الحرارة.

٤ – تشوه العضو المصاب.

٥ – الورم حول الكسر.

٦ – الاحتكاك حول طرفي العظم المكسور.

٧ – قصر العضو المكسور قياساً بالعضو الطبيعي.

-اسعاف الكسور:

١ -ابعاد الافراد حول المصاب لافساح المجال للمصاب بالتنفس الطبيعي.

٢ -المحافظة على وظائف الاجهزة مثل التنفس والنبض.

٣ -عمل التنفس الاصطناعي في حالة كسور البجة.

٤ -عدم ايقاف أو منع الدم من الانف أو الاذن في حالة كسور الرأس.

٥ -ابلاغ الجهات المختصة للاسعافات والطوارئ

٦ -عدم تحريك العضو المصاب اثناء نقل المصاب الى المستشفى.

٧ -نقل المصاب الى المستشفى.

-العلاج:

يعدّل الكسر ويثبت بواسطة جبيرة، ثم ابقاء الذراع مرفوعة أو القدم مثبتة، والتأكد من نبض المصاب بعد ٤٨ ساعة، وبعد اسبوع يفحص المصاب بالاشعة للتأكد من سلامة التعديل، ويتم الالتئام خلال ٣ -٤ اسابيع ثم تبدأ محاولة الحركة ببطء شديد وحذر، وبصورة تدريجية.

العاهات:

العاهة هي عجز أو نقص في احدى الجوانب الجسمية أو الوظيفية. وقد تظهر في سنوات مبكرة لدى الاطفال، وتؤثر بشكل واضح على مسار النمو الجسمي والعقلي والانفعالي لدى الاطفال. واكثر الافراد حساسية للعاهات، المراهق، والطفل، وقد تظهر العاهات على شكل تشوه خلقي مثل: القصر في القامة، أو تشوه في الوجه مثل الشفة الارنبية، أو قطع في الساق، أو شلل في احد الاطراف العضوية، أو عاهات النطق أو السمع وغيرها من العاهات الاخرى.

ومن خلال الدراسات النفسية والتربوية حول ردود افعال ذوي العاهات تبين أن الافراد ذوي العاهات يتمتعون بحساسية مفرطة إزاء عاهاتهم. لذا ينصح دائماً بعدم تذكيره حول العاهة ومعاملته معاملة عادية دون الالتفات الى موضوع العاهة، والدعم والتشجيع المستمر للمحاولات الناجحة للفرد المصاب.

**العلامات المميزة للعاهات:**

بعد ولادة الطفل، تظهر العاهة واضحة اثناء الفحص وقد تظهر العاهة واضحة اثناء رضاعة الطفل أو اثناء بكاء الطفل، وتظهر كذلك بعد الحبو أو اثناء المشي أو عند النطق.

## إصابات الرأس في مرحلة الطفولة:

تشير الإحصاءات في دول العالم المختلفة الى ان إصابات الرأس ظاهرة شائعة جداً في مرحلة الطفولة.

فملايين الأطفال يموتون وعشرات الآلاف يصبحون معوقون حركياً وعقلياً بسبب التعرض لإصابات الرأس الناتجة عن الحوادث المختلفة مثل السقوط من الأماكن المرتفعة او عن الدراجات الهوائية او الأشجار او المراجيح او التعرض لحوادث السير او تناول المواد السامة.

وتشير الإحصائيات أيضاً الى ان الاولاد اكثر تعرضاً لحوادث إصابات الرأس من الإناث، فالأولاد اكثر نشاطاً من البنات ويمارسون أنشطة أكثر خطورة ولعلهم أقل خوفاً من البنات أيضاً، علاوة على ذلك، فإن البيانات في الآونة الأخيرة توضح ان اعداد هائلة من الأطفال يتعرضون لإساءة المعاملة من قبل الوالدين او من قبل الكبار الذين توكل اليهم مهمة العناية بهم وان إساءة المعاملة تلك تنتج عنها

إصابات خطيرة ذات تأثيرات سلبية بعيدة المدى، وتصنف إصابات الرأس الى الأنواع التالية:

١- الإرتجاج المخي Concussion

في هذه الحالة لايحدث جرح او كسر في الجمجمة ولهذا فهي تسمى بإصابات الرأس المغلقة ، ومن أعراض الإترتجاج المخي تغير مؤقت في حالة الوعي وعدم تذكر الأحداث المحيطة بالإصابة، وبوجه عام لاتنتج عن هذه الإصابة مضاعفات طويلة المدى على مستوى الجهاز العصبي، ويصاحب الإصابة عادة سلوك غير عادي قد يستمر بضع دقائق او ساعات وقد يحدث تقيؤ لدى الطفل وصداع وخمول وقد يشعر الطفل بحاجة الى النوم وعندما يستيقظ فهو يكون بخير، اما اذا فقد الطفل وعيه نتيجة للإصابة فهو بحاجة الى دخول المستشفى للملاحظة.

وإذا تفاقمت الأعراض كحدوث ضعف في احد جانبي الجسم فذلك قد يعني إن الوضع خطير وقد تكون هناك حاجة لتدخل علاجي، وبشكل عام فإن الإرتجاج المخي لايقود الى إعاقة حركية او عقلية لدى الطفل.

٢- الرضعة المخية Contusion

الرضعة المخية هي إصابة أشد تأثيراً من الإرتجاج المخي، وقد تحدث هذه الإصابة نزيفاً وجرحاً عميقاً، كذلك قد يحدث إغماء وتغيرات في حجم حدقة العين ونوبات تشنجية وأوضاع جسمية غير طبيعية، ويحتاج الأطفال الذين يتعرضون لهذا النوع من إصابة الرأس الى إجراءات طبية جراحية طارئة.

٣- كسور الجمجمة Skull Fractures

إن إصابة الرأس الذي ينتج عنها كسر في عظام الجمجمة قد تكون خطيرة،

تؤدي الى حدوث تلف في الدماغ وقد لاتعني ذلك بالضرورة، ولتحديد الأثر الناجم عن كسور الجمجمة هناك حاجة لإجراء فحوصات مكثفة تشمل الأشعة السينية.

**٤- النزيف المخي Epidural and Subdural**

قد يكون النزيف المخي مميتاً ولذلك فإن التشخيص والعلاج المبكر أمر بالغ الأهمية، والنزيف يحدث عادة بسبب انفجار احد الشرايين.

إن مضاعفات إصابات الرأس في مرحلة الطفولة عديدة وقد تكون خطيرة وطويلة المدى، وذلك يعتمد على شدة الإصابة الدماغية وموقعها، ومن الواضح مسؤولية القائمين على رعاية الأطفال وتربيتهم ان يحموهم من هذه الإصابات وذلك أمر ممكن.

**وتقدم ميرا وتاكر وتولر (Mira, Tucker and Tuler, 1992) المقترحات التالية للمعلمين الذين يتعاملون مع ا لأطفال الذين لديهم إصابات دماغية شديدة:**

**في المجال اللغوي:**

١- الحد من كمية المعلومات التي يتم تقديمها في الوقت الواحد.

٢- تقديم معلومات بسيطة لنشاط واحد في الوقت الواحد.

٣- تشجيع الطفل على إعادة التعليمات.

٤- تعليم الطفل على الحصول على تغذية راجعة ليعرف مدى فهم الآخرين لما يقوله.

**في المجال الحركي:**

١- إعطاء الطفل مزيداً من الوقت لتأدية المهارات الحركية الدقيقة.

٢-تعليم الطفل على استخدام آلة طابعة او حاسوب لإتمام التعينات الدراسية.

٣- تعيين شخص لأخذ الملاحظات للطفل أثناء الحصص الدراسية.

**في مجال الذاكرة:**

١- استخدام التحليل البصري لدعم الكلام والمعلومات.

٢- إتاحة الفرص للطفل لمراجعة المادة.

٣- تزويد الطفل بالتغذية الراجعة حول أدائه.

٤- تدريب الطفل على استخدام الأدوات المساعدة الخارجية مثل الملاحظات واوراق العمل.

**في المجال السلوكي:**

١- تزويد الطفل بمعلومات وتوجيهات سمعية وبصرية.

٢- استخدام النمذجة لتوضيح المهام.

٣- تجزئة التعليمات متعددة الخطوات.

٤- توضيح قواعد السلوك بشكل متكرر وتعزيز الإلتزام بها.

٥- استخدام الأساليب المناسبة للمحافظة على انتباه الطفل (استخدام مقعد دراسي خاص، التأكد من فهم الطفل للتعليمات وانتباهه اليها، تدريب الطفل على استخدام أساليب ضبط الذات للمحافظة على الإنتباه).

**مرض هنتجتون Huntington Disease**

مرض منتنجتون مرض يصيب واحد من ١٠,٠٠٠ وهو يصيب كل الأعراق ويحدث في كل دول العالم وما يحدث في هذا المرض الوراثي الذي ينتقل كسمة سائدة هو ضعف متزايد في الجهاز العصبي المركزي الى ان تنتهي الحالة بالوفاة

في غضون ١٠-٢٠ سنة من ظهور الأعراض المرضية، ومن خصائص هذا المرض الحركات اللاإرادية غير الهادفة واضطرابات نفسية وانفعالية متنوعة، وتدهور الوظائف العقلية.

ولايعرف علاج شافي لهذا المرض في الوقت الراهن، وبوجه عام فإن اختصاصي الأعصاب هو الذي يتابع هذه الحالات، كذلك قد يشترك الأطباء النفسيون واختصاصيو علم النفس في معالجة المشكلات السلوكية والنفسية، وتتركز جهود أخصائيي الأعصاب عادة على وصف العقاقير الطبية التي من شأنها خفض الحركات اللاإرادية، وتقديم الإستشارات الوراثية وغيرها، أما إختصاصيو الطب النفسي فقد يتركزون على استخدام العقاقير المهدئة والمضادة للإكتئاب.

**هشاشة العظام Osteogenesis Imperfecata**

**او تلين العظام Osteomalacia**

في هذا المرض يولد الطفل بأطراف محنية او ملوية او بعظام مكسورة، (او انه قد يبدو سليماً عند الولادة ثم تأخذ العظام بالتكسر فيما بعد)، إذن في العظام الهشة، لاتكون العظام مكتملة ولذلك فهي تكون قابلة للكسر بسهولة، وتطلق أسماء أخرى على هذا المرض منها مرض الجبنة السويسرية (Swiss Cheese Disease) والعظام اللينه (Brittle Bones) وغالباً ما يرافق هذا المرض ازرقاق في صلبة العين، وقد يبدأ الطفل بالمشي في ما يقارب السن الطبيعية، ولكن التشوهات المتزايدة نتيجة لتكسر العظام ربما عجلت في جعل المشي مستحيلاً، ونظراً لكثرة العظام المكسورة والمنحنية يبقى هؤلاء الأطفال قصار جداً، وأحياناً لا يلاحظ الأهل عندما يكسر طفلهم عظمة ما. ويكون الخلل الأساسي في هذا المرض في المادة البروتينية (الألياف الكولاجينية) في العظام، وينجم عن ذلك انخفاض في تركيز الكالسيوم والفسفور مما يجعل العظام لينة وغير ناضجة كعظام الجنين.

وتتميز الأعراض والدلالات المرضية لتليين العظام بما يلي:

١- آلام في الطرفين السفليين والظهر، وقد تبدو كأنها عضلية.

٢- حدوث حدب تدريجي.

٣- تشوه العظام الطويلة وانحنائها.

٤- الضعف العضلي.

٥- فقدان الشهية ونقص الوزن.

**أسباب تلين العظام:**

١- سوء الإمتصاص في الأمعاء الناتج عن عوامل متعددة ، مثل حالات الإسهال المتكررة، واستئصال جزئي للمعدة.

٢- القصور الكلوي المزمن وما يرافقه من نقص في كلس الدم.

٣- نقص فيتامين (د).

**علاج تلين العظام:**

١- الراحة للجسم مع حركة تدريجية واستعمال المسكنات للآلام.

٢- إضافة الكلس وفيتامين (د).

٣- استخدام الداعمات والحافظات وخاصة في منطقة الظهر للمحافظة على هيئة مناسبة صحيحة.

٤- العلاج الجراحي لمعالجة آثار تلين العظام، لتصليح الإنحناءات والتشوهات التي حدثت.

وفي معظم الأحيان ان لم يكن في كلها يحتاج هؤلاء الزطفال الى استخدام

كراسي العجلات. ان تحديد السبب الأولي الذي نتج عن تلين العظام هام في اختيار العلاج.

**المضامين التربوية:**

ان الأطفال المصابين بهشاشة العظام لديهم قدرات عقلية عادية، كذلك فإن لدى هؤلاء الأطفال سلوك لفظي نشط وسرعة في التعلم.

ولأن هذا المرض عبارة عن خلل في العظام فإن عظيمات الزذن الوسطى قد تتلف ويعاني الطفل من فقدان سمعي، وعليه فإن هناك حاجة سمع الطفل دورياً واتخاذ الرجراءات اللازمة اذا تم التيقن من وجود إعاقة سمعية، والكلام ذاته ينطبق على حاسة البصر حيث ان بعض هؤلاء الأطفال قد يعانون من إعاقة بصرية.

وبوجه عام يجب التركيز على الأنشطة الذهنية اما الأنشطة البدنية فهي ممنوعة تماماً كذلك ينبغي التركيز على تنمية المهارات الإجتماعية والموسيقية.

وفي الأعمار المبكرة يصعب إلحاق هؤلاء الأطفال بالمدارس العادية فالبديل الملائم هو مدارس الإقامة الكاملة او المدارس النهارية، اما عندما يتقدم الطفل فإن وضعه يستقر نسبياً ويصبح بالإمكان إلحاقه في المدرسة العادية مع توفير الدعم الخاص له.

**ترقق العظام Osteoporosis**

وهو نقص كمية المادة الأساسية للعظم في الجسم بسبب خلل في النسيج العظمي، والذي يكون طبيعياً في مظهره، وانخفاض كمي في إجمالي العظم الذي يحتوي على المعادن وهذه الإصابة تؤدي الى عجز عن القيام بالوظائف الفيزيائية المتوقعة وضعف مقاومته لدعم وإسناد الجسم.

**أنواع ترقق العظام:**

هناك أنواع متعددة لترقق العظام من أهمها:

### ١- ترقق العظام بسبب عدم الإستعمال Disuse

ان عدم القيام بالنشاط وبالتالي عدم استخدام اي جزء من أجزاء الجسم يؤدي الى الضمور وفي حالة العظام فإن الضمور قد يحدث بسبب ضعف النشاط الجسمي، اذ ان بناء العظم وبالتالي قوته يعتمد كثيراً على الضغط الخارجي من العضلات، وهناك حالات تجبر الفرد على عدم القيام بالنشاط، إما بسبب إصابة او إصلاح تلك الإصابة مثل حالات الشلل التي يتعرض لها الفرد والإلتهابات الموضعية التي يتعرض لها، وكذلك عمليات التثبيت التي تجري في الأطراف وغيرها، مما يجعل ترقق العظام في مثل تلك الحالات ثانوياً.

### ٢- ترقق العظام الهرموني Hormonal:

وهو ترقق ذاتي يحصل من تراكم عوامل متعددة، ومن اهم مسبباته: نقص التغذية، ضعف النشاط الجسمي كما في حالة الشيخوخة، بالإضافة الى الخلل الهرموني.

يحدث هذا النوع من ترقق العظام في الشيخوخة عند كل من الذكور والإناث ويكثر عند الإناث بعد انقطاع الدورة الشهرية.

عند الإصابة بترقق العظام هناك احتمال كبير في ان تتعرض العظام الى الكسر وذلك بسبب هشاشتها تبدأ الأعراض المرضية لدى المصاب - عادة - بالشكوى من آلام أسفل الظهر او ظهور تحدب تدريجي في الظهر وتكسر في العظام بسهولة.

### علاج ترقق العظام:

مع انه لايوجد علاج شاف لهذه الإصبة، إلا انه يمكن استخدام بعض الأدوية التي تعمل على بناء العظام والفيتامينات، وفي حالة ترقق العظام الذي يكون

مسبباً عن اضطرابات هرمونية فإنه يصعب علاج مثل تلك الإضطرابات، أما في حالة ترقق العظام بسبب عدم الإستعمال فتتم المعالجة عن طريق التدريبات او القيام بنشاطات جسمية تحت اشراف المعالجين الطبيعيين.

**مرض لج– بيرثز Perthes Disease -Legg**

مرض يتلف فيه مركز النمو في عظمة الفخذ، ولايزال سبب هذا المرض غير معروف بالرغم من ان البعض يعزوه للرصابات والعوامل الوراثية، ومن خصائص هذا المرض أنه يصيب الأطفال بين الرابعة والثامنة من العمر وانه يصيب الذكور اكثر من الإناث، وإذا لم يعالج هذا المرض مبكراً فإنه يمنع وصول الدم الى رأس عظمة الفخذ مما قد يؤدي الى إعاقة حركية مزمنة.

ويهدف العلاج الى حماية مفصل الحوض أثناء عملية مساعدة العظم على استعادة وظيفته وذلك يستغرق من ٢–٣ سنوات، وفي الوقت الحالي، لم يعد الأطباء بحاجة الى ان يرغموا الطفل على البقاء في السرير واستخدام مشدات خاصة، فتلك طريقة مزعجة حيث يبقى الطفل في السرير مدة ٦–٨ شهور ولايسمح له بمغادرته الا بعد ان تبين الأشعة السينية ان العظمة استعادت عافيتها.

ولكن الأطباء (اختصاصي العظام) يفضلون في الوقت الراهن استخدام جبيرة الهدف منها أبعاد الرجلين عن بعضهما البعض بدون إرغام الطفل على التزام السرير او اجراء عملية جراحية في رأس عظمة الفخذ، واستخدام جبيرة وتمارين للعلاج الطبيعي.

بصرف النظر عن طريقة العلاج المستخدمة فإن مرض لج–بيرثز ليس إعاقة مزمنة بل إعاقة مؤقته اذا تمت المعالجة في الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

ولقد جربت طرق عديدة لمعالجة مرض (لج–بيرثز) وحاولت معظم الطرق

المحافظة على الساق في وضعية تجعل مركز النمو يكوّن نفسه بطريقة تجعل شكله كروياً وطبيعياً مرة أخرى.

وأظهرت الدراسات ان أياً من هذه الطرق (الحاملة والقوالب والمشدات والجراحة)لا تؤدي الى تحسن كبير.

**شلل (إرب) شلل الذراع بسبب إصابة عند الولادة:**

شلل (إرب) هو عبارة عن شلل يصيب ذراع الطفل الصغير، وهو ينجم عن إصابة أعصاب الكتف عند الولادة (في أثناء الوضع).

ويستلقي الرضيع على جانب واحد وإحدى ذراعيه ويديه ملوية الى الخلف ولايحرك الذراع بقدر ما يحرك الذراع الأخرى، واذا لم يتم الحفاظ على مجال الحركة بكامله من خلال التمارين المنتظمة فإن التقلصات ستظهر ويمكنها ان تمنع رفع الذراع الى أعلى الكتف او إدارة كف اليد نحو الأعلى.

**مامدى انتشاره؟**

يظهر التلف العصبي المؤدي الى شلل (إرب) على حوالي طفل واحد من أصل كل ٤٠٠، وهو شائع أكثر في (الولادة المقلوبة) اي عندما يخرج العجز اولاً قبل الرأس، فهذا يسهل مط الكتف وإلحاق الأذى بالأعصاب.

**ما الذي يمكن عمله؟**

مع الطفل الصغير، إبدأ بتمارين مجال الحركة مرتين يومياً.

**مرض اوسجود — شلاتر Osgood Schlatter's Disease**

في هذا المرض يحدث الم وتورم تحت الركبة، وهذا المرض يحدث غالباً لدى الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين ١١- ١٥ سنة، وعملية تشخيص هذا المرض بسيطة بعد استثناء الأمراض الأخرى(كالأورام مثلاً).

والسبب الرئيسي لهذا المرض هو الرضوض (الإصابة المباشرة القوية التي تؤدي الى تمزق الأوتار او التهابها)، وقد يكون هناك تلف معين في العظام نفسها، ويختلف العلاج باختلاف طبيعة المرض وسببه، وبوجه عام، فإن الأطباء قد ينصحون بتجنب الأنشطة الجسمية كالتسلق وقيادة الدراجات، وحتى المشي لمساحات طويلة.

وقد يقترح الأطباء أحياناً استخدام أحذية طبية خاصة لإعتقادهم بأن المرض ينتج عن اتخاذ الرجل لأوضاع غير طبيعية.

كذلك فهم قد يقترحون استخدام جبيرة لفترة محددة وبشكل عام، فإن اعراض هذا المرض تختفي في غضون ٤-٧ سنوات ومن الواضح ان الحالات البسيطة من هذا المرض ليس لها أثر يذكر على الأداء التربوي للطفل.

أما الحالات الشديدة فهي تفرض قيوداً كبيرة على نشاطات الطفل وهي قد تفرض توفير بعض الخدمات التربوية الخاصة.

البزخ Lordosis

البزخ او العمود الفقري المندفع الى الأمام Sway Back هو اضطراب يحدث في المنطقة القطنية في العمود الفقري قد ينتج عن بعض الإضطرابات الأخرى التي يحدث فيها ضعف في العضلات، وعندما يحاول الطفل التعويض عن هذا الضعف ليتمكن من المشي فإن ظهره يندفع الى الأمام، ومن الأمثلة على ذلك ما يحصل لدى بعض الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي وقصر القامة.

وفي بعض الحالات ينتج هذا الإضطراب عن انزلاق فقرة على فقرة أخرى في العمود الفقري وهذا ما يعرف بالإنزلاق الفقاري (Spondy Loisthesis)، ويؤدي هذا الوضع الى الألم وقد يتطلب الجراحة.

## الجذام (مرض هانسن)

الجذام هو مرض ينتقل ويتطور ببطء شديد، ويعود سببه الى جراثيم (عصيات) تصيب أكثر ما تصيب الجلد والأعصاب ويمكنها ان تسبب مشكلات جلدية متنوعة، وفقدان للإحساس وشللاً في اليدين والقدمين.

**– كيف يصاب الناس بالجذام؟**

لايمكن لهذا المرض ان ينتشر الا انطلاقاً من أشخاص مصابين به ولم يعالجوه، منتقلاً فقط الى أشخاص آخرين لديهم (مقاومة ضعيفة) للمرض، ويحتمل ان المرض ينتشر من خلال العطس او السعال او عبر اللمس الجلدي، ولكن لمعظم الأشخاص الذين هم على اتصال مباشر مع المصابين بالجذام قدرة طبيعية على مقاومته، فإما أنهم لايصابون على الإطلاق او انهم يصابون بعدوى ضئيلة لاتلحظ ثم تزول تلقائياً.

ولا يظهر المرض الا بعد مرور ٣ او ٤ سنوات على أول إصابة بعدوى جرثومية، وبعد مرور كل هذا الوقت تبدأ العلامات او الأعراض الأولى بالظهور.

ولاينجم الجذام عن عمل (الأرواح الشريرة) او نتيجة لسلوك سيء، أو أثر تناول أطعمة معينة أو الإستحمام بمياه النهر، كما يعتقد بعضهم، وليس الجذام وراثياً ولايولد أطفال الأمهات المصابات به حاملين المرض، وعلى العموم فإن الزطفال الذين يعيشون على إتصال قريب بمصاب الجذام لم يعالج منه يواجهوناحتمالاً اكبر للإصابة به.

**مامدى انتشار مرض الجذام؟** إنه أكثر إنتشاراً في بعض مناطق العالم منه في مناطق أخرى، وهو شائع اكثر في مواقع الإزدحام السكاني التي تفتقر الى المرافق الصحية العامة، ولكن الأغنياء يصابون به أيضاً.

وبالرغم من تحسن طرق المعالجة فإن هناك اليوم عدد من المصابين بالجذام اكثر من وقت سابق ويصل هذا العدد الى ١٢ مليون شخص اما نسبة المصابين فتصل الى واحد من كل عشرين من السكان في بعض قرى آسيا وافريقيا وأمريكا اللاتينية.

– **هل الجذام قابل للشفاء؟** نعم ان هناك ادوية تقتل جراثيم الجذام، وفي العادة ما أن تمر بضعة أيام على بدء المعالجة حتى لايعود المصاب ينشر المرض وينقله الى الآخرين (في الواقع أن معظم الأشخاص يكونوا قد اصبحوا غير قابلين لعدوى الآخرين عند تشخيص إصابتهم بالجذام للمرةالأولى).

ولكن معالجة بعض الزشخاص المصابين يجب ان تستمر لسنوات منعاً لتكرار الإصابة.

– **هل من المهم ان يبدأ العلاج باكراً؟** نعم، فالمعالجة المبكرة توقف انتشار الجذام الى الآخرين، وكذلك إذا ما بدأت المعالجة قبل فقدان الإحساس وظهور الشلل والتشوهات فإن الشفاء يكون تاماً في العادة ولا يعاق الشخص المصاب جسدياً ولا اجتماعياً.

**تشخيص الجذام:**

بالرغم من ان البقع الجلدية كثيراً ما تشكل العلامة الأولى على الإصابة بالجذام، فإن هناك أمراضاً أخرى كثيرة قد تسبب بقعاً متشابهة، وفقط عندما يكون هناك فقدان في الإحساس داخل البقعة الجلدية بالمقارنة مع الجلد خارج البقعة، يمكننا ان نكون شبه متأكدين من إصابة الشخص بالجذام، غير ان بعض أنواع الجذام لاتظهر أعراضها، كفقدان الإحساس في البقع الجلدية، الا بعد سنوات، أو أنها لاتظهر أبداً، لهذا يجب البحث عن دلائل أخرى للإصابة بالجذام.

وقد يكون لعلامات أخرى على الإصابة بالجذام – كالوخز الخفيف او فقدان الإحساس في اليدين والقدمين – أسباب أخرى أيضاً.

وللقيام بتشخيص مؤكد (قدر الإمكان ) للإصابة بالجذام **يجب أن تظهر على المريض واحدة من ثلاث علامات رئيسية:**

١– فقدان تام او تغير في الإحساس في البقع الجلدية (غالباً ما يكون فقدان الإحساس في بقع الجذام على الوجه أقل منه في البقع في مواقع أخرى من الجسم).

٢– تضخم تام في الأعصاب.

٣– وجود عصيات (جراثيم) الجذام في مسحة الجلد، يجري تحضير (رقيقة مسحة الجلد) بقطع طبقة رقيقة من الجلد من البقعة الجلدية، والأقل شيوعاً هو أخذ الرقيقة من الجلد الرطب في عمق فتحة الأنف، وهي منطقة غالباً ما تكون شديدة الإصابة بالعدوى، توضع عينة الجلد على شريحة زجاجية، وتكون بإصباغ خاصة، ثم تفحص بالمجهر. اذا كانت الجراثيم موجودة فإنها ترى بالمجهر.

**معالجة الجذام:**

المعالجة المبكرة لردود فعل الجذام مهم جداً للوقاية من الشلل والتشوه وفقدان البصر.

**يشمل أربعة معالجات:**

١– المعالجة الطبية الطويلة الأمد للسيطرة على الإصابة بالجذام يجب ان تبدأ في أبكر وقت ممكن.

٢– المعالجة الطارئة عندما تكون ضرورية للسيطرة على مزيد من التلف الناجم عن ردود فعل الجذام والوقاية منه.

٣- إجراءات السلامة والأدوات المساعدة والتمارين والتوعية لمنع التشوهات (التقرحات، الحروق، الإصابات، التقلصات).

٤- إعادة التأهيل الإجتماعي: العمل مع الأشخاص والأهل والمدارس والمجتمع لإيجاد فهم أفضل للجذام وللتقليل من مخاوف الناس وزيادة تقبلهم لهذا المرض بحيث يتمكن الطفل، او الشخص البالغ المصاب بالجذام من عيش حياة كاملة وسعيدة وذات مغزى.

**القزمية:**

كثيراً ما يقلق الأهل عندما لاينمو طفلهم بسرعة نمو الأطفال الآخرين، هناك أسباب عديدة لقصر هؤلاء الأطفال، **هنا بعض هذه الأسباب:**

- نمو طبيعي بطيء: ينمو بعض الزطفال ببطء اكبر ولا ينضجون جنسياً إلا بعد الآخرين، وإذا كان الطفل طبيعياً وصحيح الجسم من النواحي الأخرى، فعليك ألا تقلق، فربما سينمو بسرعة عندما يبدأ بالنضوج جنسياً حتى وإن كان هذا يحدث في سن متأخرة ربما تصل الى ١٥ أو ١٦ أو ١٧ سنة.

- قصر الطول الطبيعي: عندما يكون أحد الأبوين او كلاهما أقصر من الطول المتوسط فإن أولادهما قد يكونوا قصاراً أيضاً، والقصر (يسري في العائلة) وهذا أمر طبيعي، تأكد من أن صحة الطفل طبيعية وأنه يأكل جيداً.

- سوء التغذية: بعض الأطفال لاينمون بصورة طبيعية لأنه لايحصل على ما يكفي من الطعام او لايأكل بالقدر الذي يحتاجه الجسم، وقد يبدو الطفل من هؤلاء في العادة طبيعياً باستثناء كونه نحيفاً وصغيراً وبطنه كبيرة ويمرض كثيراً، أو أنه قد يفتقر الى القوة والطاقة، ويبدو غير سعيد او تكون القدمان واليدان والوجه منتفخة، ولايحتاج هؤلاء الأطفال الى أكثر من طعام أفضل. كذلك فإنهم قد يحتاجون الى مزيد من الإثارة واللعب والحب والإهتمام لكي ينمو ويتطورا بشكل أسرع.

– المرض او المداواة الطويلة الأمد: كثيراً ما يؤدي الإعتلال الحاد والطويل الأمد الى إبطاءنمو الطفل وكذلك فإن بعض الأدوية كالكورتيزون او الستيرويدات لمعالجة التهاب المفاصل، يمكنها إبطاء النمو وإضعاف العظام اذا ما أعطيت لمدة طويلة.

– القزمية : يولد بعض الأطفال في حالة يكون فيها الجسم غير قابل للنمو بصورة طبيعية، وهناك أنماط وأسباب كثيرة ومختلفة لذلك، ويكون الأمر وراثياً في واحد من كل خمسة أطفال، حيث لابد أن يكون بعض الأقارب قصير جداً.

ومن النوع الأكثر شيوعاً من القزمية تكون الذراعان والساقان قصيرة بالنسبة للجسم، ويكون الرأس كبيراً والجبهة بارزة، أما جسر الأنف فيكون مسطحاً، وكثيراً ما يكون ظهر الطفل مقوساً وبطنه منتفخة وساقاه مقوستين، وقد يترافق هذا مع مشكلات في الوركين او مع قدمين حنفاوين (ملتويين) او مع مشكلات في العينين وفقدان السمع.

**المعالجة:**

لاتوجد معالجة طبية لمعظم الأطفال القصار بمن فيهم أولئك المصابين بالقزمية ويصف الأطباء في بلدان كثيرة هرمونات للأطفال القصار لجعلهم يكبرون بشكل أسرع، وقد تسبب هذه الهرمونات بعض النمو في البداية ولكنها سرعان ما تجعل العظام تنضج وتتوقف عن النمو بحيث يبقى الطفل أقصر مما كان سيكون عليه من دون علاج لذلك لاتستعملوا الهرمونات لتسريع النمو.

أحياناً يصبح الأطفال القصار جداً بالنسبة لأعمارهم مجالاً للسخرية واستهزاء الأطفال الآخرين بهم، أو أنهم يعاملون وكأنهم أصغر بكثير مما هم فعلاً، وقد تصبح حياتهم صعبة ويشعرون بالتعاسة او بعدم الثقة بأنفسهم، ومن المهم ان يعاملهم الجميع كما يعاملون الأطفال الآخرين من سنهم، ويمكن للأنشطة ان تساعد الأطفال الآخرين ان يصبحوا أكثر تفهماً.

# الوحدة الرابعة

## الكشف المبكر

- الكشف و التدخل المبكر.
- التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة الحركية.
- أهمية التدخل المبكر وأسبابه.
- الكشف المبكر عن الإعاقة الحركية.
- المبادىء الأساسية في الكشف وتقييم الإعاقة الحركية.
- الكشف عن الضعف الحركي.

# الكشف المبكر

يعرف الكشف المبكر بأنه تحديد بعض المتغيرات في الفرد ضمن بعض محاولات وجهود تبذل للتنبؤ بآلية نمو الفرد كما إن الكشف المبكر ليس مجرد عملية بسيطة ظاهرية إنما عدد من الجهود المعقدة تتطلب نماذج وأساليب متعددة الجوانب.

**التدخل المبكر:**

يجب التعرف الى الأطفال الذين قد يحتاجون الى تربية خاصة وخدمات مساندة بأسرع وقت ممكن ليتم إحالتهم الى الجهات المتخصصة بغية تحديد مدى حاجتهم الى التشخيص المكثف والى البرامج العلاجية في وقت مبكر.

ويمكن تعريف الإحالة (Referral) بأنها التوجه الرسمي الى أخصائي أو أكثر لتقييم حاجات الطفل وذلك بناء على ظهور علامات ومؤشرات على ان الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن. وتبدأ عملية الإحالة بتكون انطباعات داخل المدرسة او في البيت بأن لدى الطفل مشكلات تسترعي الإنتباه والدراسة،. وقد تكون تلك المشكلات في النمو اللغوي، او الصحي، او السمعي، او البصري، او العقلي، او السلوكي والإجتماعي. وبعد ذلك يتم بذل جهود كافية للتحقق من وجود او عدم وجود مشكلات حقيقية لدى الطفل. فإذا كان القرار هو ان لدى الطفل ما يبرر الإعتقاد بأنه طفل مختلف، يجب التشاور مع ولي أمره والحصول على موافقته للبدء بتقييم شامل. والهدف من هذا التقييم تحديد طبيعة الخدمات الخاصة التي يحتاج اليها. وبعد ذلك يجب إطلاع ولي الأمر على نتائج التقييم. فإذا كان الطفل بحاجة الى تربية خاصة يجب مناقشة الوضع مع ولي الأمر وتعريفه بالخدمات المقدمة وبحقوق الطفل وأسرته.

**أهمية التدخل المبكر وأسبابه:**

١- تشير نتائج الدراسات والأبحاث الى وجود فترات نمائية حرجة وعلى الأخص في السنوات الأولى من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة، وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن ان يطور الأنماط الأولى من التعلم والسلوكات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة، أما الذين لاتقدم لهم برامج تدخل مبكر فهي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً.

٢- أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة على تشكيل عملية التعلم، خاصة اذا ما أخذنا بالإعتبار عدم ثبات القدرات العقية في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، ولذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سوف يسهم بالتأكيد في تنمية قدراته المختلفة، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.

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

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

٥- تشير الدلائل بشكل مؤكد الى الجدوى الإجتماعية والإقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات بشكل مبكر وخاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها، او عدم تقديمها بشكل مبكر، وكذلك في إمكانية التخفيف من هذه المشكلات الإجتماعية اللاحقة.

٦- إن والدي الطفل المعوق بحاجة الى مساعدة في المراحل الأولى لكي لاتترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.

٧- إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطير هو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.

٨- إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً.

٩- التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى إقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

١٠- إن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.

١١- إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.

١٢- إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.

١٣- إن مظاهر النمو متداخل وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود الى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

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

١٥- ولقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة. ولكل من هذه النماذج حسنات وسيئات، وبعض هذه النماذج أكثر ملائمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال او في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى وبوجه عام **يمكن الحديث عن النماذج الرئيسية التالية في التدخل المبكر:**

* التدخل المبكر في المراكز.
* التدخل المبكر في المنازل.
* التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل.

* التدخل المبكر من خلال تقديم الإستشارات.

* التدخل المبكر في المستشفيات.

* التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام.

ولم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته، ذلك ان النتائج التي توصلت اليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل المبكر. فقد قام كاستو وماستر وبيري (CASTO AND MASTROPIRI 1986) بتحليل النتائج التي توصلت اليها أربعة وسبعون دراسة علمية فاستنتجا ان التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو العقلي المعرفي واللغوي والأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة **واستنتج هذان الباحثان ايضاً ان الفائدة تكون كلما كان التدخل:**

أ- مبكر أكثر.

ب- مكثفاً أكثر.

جـ- أكثر إهتماماً بتفعيل المشاركة الأسرية.

أما بالنسبة لديمومة الأثر الناجم عن التدخل المبكر فلم تبحث سوى دراسات محدودة في هذا الأمر إلا ان الدراسات التي اجريت حول الأطفال الأقل حظاً أشارت الى أن التأثيرات الإيجابية لبرامج الإثارة المبكرة للأطفال الرضع تضعف مع مرور الوقت.

**التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة الحركية:**

تعتبر عملية الكشف المبكر ذات أهمية في وقاية الطفل في كثير من الأمور منها:

١- مراعاة نفسيته ونفسية الآخرين.

٢- دمجه بالمجتمع من خلال إعطاءه أنماط سلوكية فعالة.

أ- اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.

ب- تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور لديه بالقدرة على الإنجاب.

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي او الذين لديهم قابلية للتأخر او الإعاقة. وبالرغم من ان الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة او تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون اليها. فهم من ناحية أطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية احتياجاتهم. ولذلك فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة. ومن ناحية ثانية، فبما أن الأطفال المعوقين او المتأخرين أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباية الى حد كبير فإن حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده ان يتفهمها ويعمل على تلبيتها بشكل كامل ومتكامل. ولذلك فثمة حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعوقين وأسرهم. وبالطبع فإن الحاجات الفردية الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والإجتماعي الإنفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل متخصص.

وبما ان برامج التدخل المبكر تعني بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها قدراتم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتنوع حيث ثمة فروق كبيرة جداً بين طفل عمره شهران وطفل عمره سنتان وطفل ثالث عمره أربع سنوات.

كذلك فإن برامج التدخل المبكر قد يستفيد منها أطفال يعانون من كافة أنواع الإعاقة وثمة فروق كبيرة أيضاً بين طفل لديه شلل دماغي وآخر لديه ضعف سمعي وثالث لديه تخلف عقلي وهكذا. فبالرغم من أن هناك بعض برامج التدخل المبكر التي تسمى بالبرامج الفئوية تعني بتقديم الخدمات لفئات إعاقة محددة كالإعاقة البصرية مثلاً، إلا أن معظم برامج التدخل المبكر غير فئوية بمعنى أنها تعنى بأي طفل لديه إعاقة. وعليه فإن برامج التدخل المبكر تتضمن جملة من العمليات التي يتوخى منها تطوير قابليات الأطفال المعوقين الصغار في السن وقدراتهم الى أقصى درجة ممكنة.

**الكشف المبكر عن الإعاقات الحركية:**

أصبحت المجتمعات الإنسانية أكثر قدرة من ذي قبل على الكشف المبكر عن الأطفال المعوقين الصغار في السن. فمن ناحية، تطور مستوى المعرفة بالعوامل المسببة للإعاقة وبعوامل الخطر المرتبطة بها. ومن ناحية أخرى، أصبح بالإمكان حالياً اكتشاف بعض أنواع الإعاقة أثناء مرحلة الحمل من خلال فحص السائل الأمنيوسي مثلاً. وبشكل عام، كلما ازدادت شدة الإعاقة كانت إمكانية اكتشافها مبكراً أكبر. فمنذ لحظة الولادة يستطيع الأطباء التعرف الى بعض الإعاقات في حالة وجودها او التنبؤ بها وفقاً لبعض الإجراءات الكشفية مثل اختبار (أبجار) الذي يطبق على المواليد الجدد. وبالمثل فبإمكان الأطباء إيضاً استخدام التحاليل المخبرية لاكتشاف بعض الإضطرابات الجسمية والعقلية في الأسابيع والأشهر الأولى من العمر.

ولقد كان من الطبيعي ان يقود الإهتمام ببرامج التدخل المبكر الى تطوير أدوات الكشف المبكر عن التأخر النمائي وحالات الرعاقة حيث بالكشف المبكر يتم تحديد الفئات المستهدفة من برامج التدخل. والكشف يختلف عن التشخيص فهو

يعني فرز الأطفال الذين يحتاجون الى دراسة معمقة. بعبارة أخرى، إن الكشف يهدف الى التعرف السريع على الأطفال الذين لديهم إعاقة او قابلية لحدوث إعاقة كونهم في حالة خطر لأسباب بيولوجية أو أسباب بيئية. أما التشخيص فهو خطوة متقدمة، الهدف منها نفي أو تأكيد وجود حالة التأخر أو الإعاقة، وفي حالة وجودها يتم تحديد أسبابها واقتراح الطرائق العلاجية. ولكن التساؤلات حول مصداقية أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وحول الأخطاء التي قد ترتكب في تنفيذ برامج الكشف قد ألقت بظلال من الشك على مجمل عملية التعرف المبكر. فلقد أشار أدلمان (ADELMAN 1978) الى أن نسبة حدوث الأخطاء سواء ما تعلق منها بالفشل في التعرف على بعض الأطفال المعوقين او بتصنيف بعض الأطفال غير المعوقين على أنهم معوقون تشكل مصدر عدم ارتياح. وفي الواقع فإن عدة دراسات بينت أن أدوات الكشف المبكر المتوفرة، غالباً ما تفتقر الى الخصائص السيكومترية التي ينبغي توافرها في المقاييس النفسية والتربوية. علاوة على ذلك، فإن مجال التدخل المبكر مجال بالغ التعقيد وقد ينطوي بحد ذاته على أخطاء متنوعة في مجال الكشف والتشخيص. وعلى وجه التحديد، فالفروق الفردية في معدلات النمو وفي طبيعة التغيرات النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة قيوداً قد تحول دون التنبؤالصادق بالنمو المستقبلي وبالتالي تحديد مدى الفعالية الى التدخل المبكر.

**المبادىء الأساسية في الكشف وتقييم الإعاقة الحركية:**

١- يجب أن يحصل الأشخاص الذين توكل اليهم مهمات الكشف عن الأطفال الصغار في السن وتقييمهم على تدريب مكثف وشامل.

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

٣- يجب أن ينفذ الكشف النمائي والصي دورياً، فلا يكفي ان يكشف عن الأطفال في سنوات العمر المبكرة لمرة واحدة فقط. وبالمثل ينبغي اتخاذ التدابير لإعادة التقييم بعد الشروع في تقديم الخدمات للأطفال الذين تم التعرف إليهم.

٤- يجب النظر الى الكشف النمائى والصحي باعتباره وسيلة واحدة من عدة وسائل يمكن الوصول من خلالها الى تقييم معمق وشامل.

٥- يجب التعامل مع الكشف والتقييم بوصفهما خدمات بحد ذاتهما وكجزء من الجهود التعليمية والتأهيلية وليس كمجرد وسائل للتعرف والقياس.

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

٧- يجب أن تستخدم إجراءات وعمليات وأدوات الكشف والتقييم للأهداف والغايات المحددة التي طورت من أجلها فقط.

٨- يجب أن يشترك أفراد الأسرة في عمليات الكشف والتقييم بشكل فعال.

٩- يجب ان تكون المهارات التي يتم تقييمها والأوضاع التي تنفذ فيها عمليات التقييم مألوفةووظيفية بالنسبة لكل من الأطفال وأسرهم.

١٠- يجب أن تكون جميع الإختبارات والإجراءات والعمليات التقييمية والكشفية عادلة ثقافياً وتخلو من التحيز لأي سبب من الأسباب.

**هذا وتشمل المؤشرات التحذيرية للإعاقات الحركية في مرحلة الطفولة المبكرة ما يلي:**

١- ظهور حالات من تشوش الوعي او فقدان الوعي.

٢- السعال المتكرر.

٣- العطاس وضيق التنفس.

٤- الدوار والغثيان.

٥- المستويات الشديدة من الجوع والعطش.

٦- الإعياء الشديد بعد تأدية الأنشطة البدنية.

٧- فقدان الوزن او البدانة المفرطة.

٨- تشوه الصدر او الأصابع او العنق.

٩- ازرقاق الشفتين.

١٠- الشحوب.

١١- تشنج الأطراف العليا او السفلى.

١٢- إرتخاء الأطراف او العنق.

١٣- خروج اللسان من الفم بشكل متكرر.

**الكشف عن الضعف الحركي:**

في البداية، يجب التأكيد على أن تشخيص التأخر الحركي او الإضطراب الحركي مسؤولية الإختصاصيون (كأطباء الأطفال والأعصاب والعلاج الطبيعي وغيرهم) لامسؤولية الوالدين او المعلمات او المرشدات. على أنه يجب ان تقوم الأمهات والمعلمات وغيرهن ممن يقمن على رعاية الأطفال بملاحظتهم وجمع المعلومات عن أدائهم وإيصال تلك المعلومات الى الإختصاصيون، ولكن للتشخيص شأن آخر. فالتشخيص ليس مجرد إعطاء تسمية ولايقتصر على تأكيد او نفي وجود تأخر او انحراف في النمو ولكنه يشمل تحديد طبيعة الحالة التي يعاني منها الطفل بتطبيق الإختبارات وإجراء الفحوصات اللازمة وتحديد الإجراءات الوقائية والعلاجية التي ينبغي تنفيذها.

تعتبر أنماط النمو الحركي غير العادية أهم المؤشرات على وجود اضطرابات عصبية في مرحلة الطفولة المبكرة. ذلك لأن الحركة هي حجر الأساس لتأدية الإستجابات في مختلف مجالات النمو. **ويتطلب تقييم النمو الحركي معرفة المبادىء الأساسية التالية:**

١- النمو الحركي ، سواء كان عادياً او غير عادي منظم ومتسلسل باستثناء بعض الحالات.

٢-غالباً ما ترافق الإستجابات الحركية غير الطبيعية والتأخر الحركي إعاقةما

٣- يسير النمو الحركي الطبيعي في الحركات غير الإرادية الى الإستجابات الحركية الإرادية.

٤- انخفاض مستوى التوتر العضلي او ارتفاعه يعمل بمثابة مؤشر على وجود اضطراب حركي.

وفي العادة يتم تقييم الأنماط الحركية على أيدي الأطباء والمعالجين الطبيعيين، والمعالجين المهنيين، ويأخذ هؤلاء الإختصاصيون دائماً بعين الإعتبار عمر الطفل عند الحكم على ما إذا كان هناك انحراف حركي او تأخر حركي أم لا.

# الوحدة الخامسة

## برامج المعوقين حركياً

-فئة المصابين بالشلل الدماغي.

-معنى التأهيل الشامل.

-خطوات التأهيل الشامل.

-اهداف التأهيل الشامل.

-مجالات عمل فريق التأهيل.

-كفايات المعلمين العاملين مع المعاقين حركياً.

## فئة المصابين بالشلل الدماغي

تختلف هذه الفئة عن الفئات الاخرى في أن الاعاقة الحركية تقترن باعاقات اخرى كالاعاقة السمعية والبصرية والتخلف العقلي والمقدرة على النطق والقدرات الادراكية والتكيفية، وربما اقترنت اكثر من اعاقة في نفس الوقت مما يزيد في صعوبة تأهيل وتدريب المصاب ويزيد الحاجة الى مزيد من التعاون بين اعضاء الفريق الذي يعمل معه اما في حالات الشلل الدماغي البسيط فيمكن دمج المصاب بالمؤسسة الحكومية أو الخاصة.

والبرامج المقدمة للمصابين بالشلل الدماغي هي كالآتي:

١ –التشخيص الطبي.

٢ –العلاج الطبي .

٣ –بعض الالعاب الداخلية التي تشجع تعلم المصاب وتزيد من قابليته على التفاعل الإجتماعي.

وهناك برامج تربوية خاصة تساعد الطفل على:

١ –الاتصال بالاخرين، إن كانت هناك اعاقة نصفية تعالج بواسطة معالج النطق أو بالاشارة أو باستعمال لوحة الرموز.

٢ –مساعدة التعبير عن نفسه.

٣ –مساعدته في التعلم عن طريق تعديل الوسائل التعليمية العادية أو تعديل السلوك.

٤ –مساعدته في الحركة من مكان لآخر وتدريبه على ممارسة الانشطة اليومية باقل قدر من المساعدة.

٥ –مساعدته في التكيف والتفاعل من الآخرين وبناء اتجاه ايجابي نحوهم.

٦ –مساعدة العائلة على تقبل ابنها والتعاون مع فريق التأهيل لوضع برنامج بيتي لتأهيله.

ولا يعطي البرنامج الاكاديمي اولوية البرامج المقدمة للاطفال المصابين بالشلل الدماغي المتوسط والشديد، وينصب التركيز على برامج الانشطة اليومية والتفاعل الاجتماعي حسب حاجات الطفل، ومما يجعل برنامج التربية الخاصة صعباً هو عدم القدرة على تطبيق اختبارات الذكاء والتقييم المعروفة مع الاطفال المصابين بالشلل الدماغي نظراً لعدم قدرتهم على الاستجابة اذا كانت لديهم اعاقة في الاتصال أو في قدرتهم على التعبير.

وكذلك تعذر استعمال طريقة (بريل) للمصابين اصابات بصرية وعدم اتزان حركي في الاطراف العليا، وينطبق ذلك على استعمال السماعات الطبية اذ يتعذر استعمالها في حالة وجود حركات واهتزازات في الرأس اللاارادية.

**معنى التأهيل الشامل للمصابين بالشلل الدماغي:**

هناك تعريفات كثيرة للتأهيل الشامل نتبنى منها تعريف منظمة الصحة العالمية وهو مساعدة الافراد التي لديها اعاقة للوصول الى اعلى مستوى من الوظائف الجسدية التي يستطيع العلاج الطبي تقديمها، ومساعدته في النواحي النفسية والاجتماعية والمهنية مع التربوية بحيث يصبح قادراً على تحقيق الشعور بالذات والأمن مع الرضا في حياة الاسرة والجماعة والمجتمع الذي ينتمي اليه، كذلك تعريف آخر للتأهيل الشامل هو مساعدة الشخص المعوق على استعادة قدراته أو جزء منها خلال عملية التأهيل.

**خطوات التأهيل الشامل:**

١ –التعرف على الحالة.

**المختصين بهذا الفريق هم:**

**١ -الطبيب المختص بالطب الطبيعي والتأهيل:Phisical Medicive Doctor**

ويقوم بعمل خطة شاملة لتأهيل المصاب آخذا بعين الاعتبار الاصابة والخواص الفردية للمريض، كذلك يقوم بعمل فحوصات دورية للمصابين وكتابة وصفات طبية للمعالجين الحكميين، واجراء العمليات الجراحية عند الضرورة، والتدخل الفوري عند الحاجة، واستخدام العلاج الطبيعي والمهني، وتقديم المشورة الطبية عند اللزوم. وقد يقوم التأهيل الطبي على مهام اطباء منهم: طبيب العيون، الاعصاب، العظام، طبيب العلاج الطبيعي، الطب النفسي، طبيب الانف والاذن والحنجرة.

**٢ -المعالج الحكمي أو الطبيعي: Phisical Theropist**

وتتلخص مهمته فيما يلي:

١ -ازالة الالم عن المصاب.

٢ -تصحيح أو الحد من التشوهات.

٣ -المساعدة في زيادة القدرة الحركية وتقوية العضلات السليمة في الجسم ويعتمد في طرقه العلاجية على وصفة الطبيب المختص في التأهيل أو الطب الطبيعي، ويشترك المعالج الحكمي بعمل الخطة العلاجية للمصاب والقيام بالعلاج والتقييم الدوري للمصاب ومتابعة حالته وتعليمه بالاضافة الى عائلته على بعض الطرق العلاجية ليطبقوها من قبلهم، ويقوم بتقييم الادوات المساعدة للمصاب.

**٣ -اخصائي العلاج بالتشغيل: Occupational Therapist**

ويهدف برنامج العلاج بالتشغيل الى ما يلي:

١ -مساعدة المريض بأن يحقق اكبر قدر ممكن من الاستقلالية في الانشطة

٢ -التشخيص الطبي.

٣ -البدء بالتأهيل.

**اهداف ومبادئ التأهيل**

١ -المساواة بين المجتمع جميعاً، وهذا يحتم على جميع القطاعات العامة والخاصة تقديم خدمات لمتخصصي المصابين بالاعاقة الحركية.

٢ -إن التأهيل عملية فردية يقوم البرنامج العلاجي فيها على اساس معرفة حاجات الفرد ومشاكله الخاصة والسعي لحلها بالطرق المناسبة.

٣ -إن نواحي التشخيص الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية والتربوية تتكامل تحت مفهوم التأهيل الشامل لتحقيق اعلى قدر ممكن من الاستقلالية للفرد دون أن تتضارب خدماتها.

٤ -تبدأ عملية التأهيل الشامل منذ التحقق من أن لدى المصاب اعاقة دائمة أو تحتاج لوقت طويل للشفاء في بعض الاحيان.

٥ -التعديل الوظيفي حيث يستطيع المصاب حركياً العناية بنفسه وتجنب ما ينتج عن الاعاقة الحركية من مشاكل طبية مثل التقرحات الجلدية والتكلسات وغيرها واستعمال الوسائل المناسبة للحركة.

٦ -العمل على دمج هذه الفئة بالمجتمع باكبر قدر ممكن.

٧ -يجب أن يصبح التأهيل احد مصادر المجتمع في نشر الثقافة الصحية والاجراءات الوقائية وذلك بعمل نشرات تتعلق بذلك.

**مجالات عمل فريق التأهيل**

ويعمل على تطبيق برامج التأهيل الشامل متخصصون في مجالات التأهيل المختلفة معتمدين الطريقة العلاجية المثلى وهي **العمل كفريق متكامل**، وأهم

المرعية كالانتقال من السرير الى الكرسي ذي العجلات واستعمال الحمام والاعتماد على النفس في المأكل والملبس والنظافة الشخصية.

٢ –تزويد المصاب بالادوات المساعدة للاستعمال الشخصي وحسب الاصابة مثل الطباعة، الرسم، الخزف، والطبخ.

٣ –تشغيل واشغال وقت الفراغ عند المصاب ببعض الانشطة مثل الطباعة، الرسم، الخزف، والطبخ.

٤ –اخصائي الخدمة الإجتماعية: Social Worker

ويهدف الى مساعدة المصاب وعائلته لمواجهة الازمات الناتجة عن الاصابة، مثل العمل ومصادر التمويل والمشاكل الإجتماعية مثل الزواج والعناية بالاطفال والعلاقات مع الآخرين، وكذلك المساعدة في بناء اتجاهات ايجابية نحو المصاب.

ويقوم بما يلي:

١ –الدراسة الإجتماعية لوضع المصاب بما فيها البيت والاتجاهات العائلية ومدى تعايشهم وتقبلهم للاصابة.

٢ –عقد جلسات للعمل الجماعي.

٣ –شرح وتوضيح دور العائلة في برنامج التأهيل ومشاركتهم في متابعة البرنامج.

**٥ –اخصائي علم النفس التأهيلي: Rehabilition Psychologist**

ويقوم بما يلي:

١ –تحديد الاستعدادات والقدرات والتعرف على اعاقات التعلم.

٢ –المساعدة في تحسين صورة المصاب عن نفسه وتقبله لها.

٣ –تحديد وتقييم قدرات الذكاء عند المصاب.

٤ –العلاج النفسي لبعض الاضطرابات العاطفية.

٥ –المشاركة في اعداد البرامج التربوية والإجتماعية وكذلك في الارشاد العائلي.

**٦ –مرشد التأهيل المهني: Rehabilitation Counselor**

ويتركز عمله فيما يلي:

١ –الارشاد المهني للمصاب وتوضيح مدى استخدام القدرات المتبقية عنده.

٢ –توجيه المريض الى مهن تتناسب وقدراته الجسمية والعقلية بأعداد الخطط والبرامج العلاجية.

٣ –تقييم المريض تقييماً شاملاً من الناحية الجسمية والمهنية والعقلية.

٤ –العمل على تشغيل المريض ببعض الانشطة المهنية وذلك بتوفير فرص التكيف.

٥ –الاشراف على التدريبات والتمارين العلاجية.

٦ –تقديم الارشادات للمعلمين والمشرفين والاداريين.

٧ –استغلال وقت المعاق في الاعمال اليدوية.

٨ –تسهيل عملية مشاركة الفرد في المجتمع.

**٧ –اخصائي النطق والسمع: Audiologist Speech Therapist**

ويقدم خدماته لمن اصيبوا اصابات في الرأس ينتج عنها خلل في القدرة على الكلام وعلى بعض حالات الشلل الدماغي، وتتلخص اهداف العلاج على ما يلي:

١ –تقييم قدرات النطق واللغة.

٢ -معالجة النطق.

٣ -التدريب على التفاعل بالاتصال غير اللفظي واللفظي.

**شروط معالج النطق:**

١ -أن يحمل درجة علمية في النطق واللغة والتربية الخاصة.

٢ -أن يتلقى تدريباً مناسباً لا يقل عن ٣٠٠ ساعة.

**واجبات ومهام اخصائي علاج النطق:**

١ -استقبال الحالات التي تعاني من مشكلات نطقية.

٢ -تقديم استشارات للافراد الآخرين.

٣ -تشخيص وتقييم وعلاج اضطرابات النطق.

٤ -اجراء التقييم الدوري لاضطرابات النطق.

**٨ -اخصائي التقييم والتشخيص:**

تعتبر عملية التشخيص عملية يتم بواسطتها معرفة قدرات الطفل من خلال استخدام مقاييس واختبارات مختلفة ويحمل اخصائي القياس مؤهلاً في التشخيص والقياس وقدرة على استخدام الاختبارات وتدريب ميداني.

**واجبات ومهام اخصائي التشخيص:**

١ -تقديم خدمات التشخيص والتقييم للقدرات.

٢ -تحديد خطوات الخدمات المقدمة للمعوق.

٣ -تحديد نوع الخدمات والبرامج التي يحتاجها المعوق.

٤ -استخدام الاختبارات وادوات القياس المناسبة.

**٩ –معلم التربية الخاصة:**

يختص معلم التربية الخاصة بالجانب الاكاديمي في تعليم المعاقين حركياً، وهناك شروط يجب أن تتوفر في معلمي التربية الخاصة:–

١ –التأهيل العلمي دبلوم، بكالوريوس.

٢ –التدريب المهني في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة لفترة كافية.

٣ –الرغبة والقدرة في التعامل مع المعوقين.

٤ –القدرة الفعلية العالية.

**مهام وواجبات معلم التربية الخاصة:**

١ –تقديم المساعدة للمعلمين العاديين.

٢ –التعاون مع معلمي المدارس العادية.

٣ –تقديم خدمات اكاديمية للمعوقين.

٤ –مساعدة المعوقين على التكيف مع المجتمع.

٥ –المساعدة في دمج المعوقين حركياً.

٦ –التعامل مع المشكلات السلوكية.

**كفايات الاخصائيين العاملين مع المعاقين حركياً:**

**١ –كفايات المعالج الوظيفي:**

أ–معرفة الاعاقة.

ب–معرفة الوسائل التعويضية.

ج–القدرة على التدريب.

**٢ -كفايات معالج النطق:**

أ-معرفة المشكلات النطقية.

ب-معرفة الاضطرابات الصوتية.

ج-معرفة الاضطرابات اللغوية.

**٣ -كفايات الاخصائي النفسي والاسري:**

أ-معرفة المشكلات النفسية.

ب-معرفة المشكلات الإجتماعية.

ج-الارشاد المهني.

د-الارشاد الاسري.

**٤ -كفايات اخصائي التقييم والتشخيص:**

معرفة الاختيارات وتفسيرها.

**٥ -كفايات معلم التربية الخاصة:**

أ-المعرفة بالاعاقات.

ب-الصبر.

جـ- الرغبة في التعامل.

د-معرفة اساليب التدريس.

هـ-القدرة على التعامل مع الاهل.

# الوحدة السادسة

## دور الارشاد الأسري في الاعاقات الحركية

-ردود فعل الوالدين.

-كيفية مواجهة مشكلة الشلل الدماغي.

-المشاكل التي تواجه المعاقين اعاقة جسدية.

-المشاكل التي تواجه المصابين بالشلل الدماغي.

-واجبات الاسرة تجاه الطفل المعاق.

# دور الإرشاد الأسري في الاعاقات الحركية

تعتبر عملية التعامل مع الاهل واعلامهم بوجود الاعاقة عند ابنهم من اهم المشكلات التي تواجه الاخصائي الاجتماعي فليس من السهل ابلاغ الاهل بوجود الاعاقة عند ابنهم حيث أن كل اسرة تتوقع طفلاً سليماً معافى .

لذلك يجب مراعاة ما يلي قبل ابلاغ الاهل بالاعاقة :

١ –التأكد بوجود الاعاقة وشدتها وطبيعتها ولو كان ذلك بتكرار الفحوصات عدة مرات.

٢ –البدء بالجوانب الايجابية للطفل.

٣ –ابلاغ اكثر الاشخاص وعياً من اقرباء الطفل.

٤ –العمل على المماطلة في الابلاغ اذا كان ذلك ضرورياً للوصول لاقناعه بأن الطفل معوق.

٥ –اعطاء الاهل معلومات عن ابنهم بشكل غير مبالغ فيه.

٦ –توضيح مستقبل الاعاقة.

**اكتشاف الاعاقة وردود فعل الوالدين:**

تعتبر اللحظة التي يتم فيها إكتشاف اعاقة في الاسرة مرحلة حاسمة في حياة الاسرة وافرادها وتعود اهمية هذه المرحلة من حيث انها تقود الى احداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من افراد الاسرة.

في بداية الحديث عن الآثار لولادة طفل معاق في الاسرة اود أن اسرد عن عبارة كانت قد اطلقتها احدى الامهات في حديثها حين تأكد لديها أن طفلها معاق، قالت: عندما عرفت أن طفلي معاق احسست أن شيئاً ما بداخلي قد مات، شيء

اعرف تماماً بأنه لن يعود الى الحياة ابداً، هذه العبارة تعطي صورة عن شدة الصدمة والالم اللذان قد يشعر بهما الوالدان وخصوصاً الأم، عندما تستقبل نبأ اعاقة طفلها، إن الشعور بالصدمة ليس متساوياً بين الآباء بل نستطيع القول أنه يتراوح في شدته بين فرد وآخر وبين اسرة واخرى، وكذلك بين اي اعاقة واخرى، وقد تؤثر في ذلك ايضاً السن التي يتم فيها اكتشاف الاعاقة عند الطفل، لكن بشكل عام فإن اشدها هو الشعور بالفقدان وكثيراً من الآباء من عبر عن ذلك صراحة حينما كان يقول بأن ولادة طفل معوق تعني لديه موت هذا الطفل، مثل هؤلاء لا يعتبرون ولادة طفل معوق لديهم هو بمثابة اضافة عضو جديد للاسرة، بل على العكس بمثابة فقدان طفل جديد من الاسرة.

اذن ردود الفعل تختلف من اسرة الى اخرى الا أن غالبية الاسر تمر بمراحل انفعالية متشابهة.

ينبغي التأكيد على أن هذه الانفعالات ليست مرضية بل هي طبيعية وربما صحية ايضاً ما دامت ضمن حدود معينة.

**ردود الفعل لدى ولادة طفل معاق:**

**١ –الصدمة:**

هي اول رد فعل نفسي يحدث عند ولادة الطفل المعوق، بدليل أن الاهل كانوا قد رسموا صورة مثالية لما سيكون عليه الطفل عند ولادته، وعندما يأتي على غير ما كانت توقعاتهم تكون الصدمة وتختلف من حيث شدتها وقوتها من اسرة الى اخرى، وتكاد الصدمة أن تشل حركة الوالدين بحيث يشعر الوالدين أنهما عاجزين تماماً عن مواجهة الواقع، وينطوي رد الفعل هذا على طرح التساؤلات الاستنكارية مثل، اليس هذا ظلماً، كيف يعقل هذا الوضع، اليست هذه مشكلة؟؟.

**٢ –النكران:**

يتخذ النكران عدة انماط فقد ينكر الآباء والامهات أو يتنكروا لنتائج الفحص

والتشخيص والتقييم، لذلك نجدهم يتعاملون مع الطفل المعاق وكأنه طفل سوي، ويستطيع الآباء نكران الاعاقة لفترة طويلة اذا لم يبدو الطفل مختلفاً، اما والدا الطفل ذي الاعاقة الشديدة فلا يستطيعان نكران المشكلة لمدة طويلة بسبب التأخر النمائي الظاهر، وهناك دراسة اجريت على مجموعة من الامهات تذكُرن رغبتهن في بداية الأمر في عدم استمرار حياة الاطفال، غير أن بعضهن غيرن من آرائهن فيما بعد تذكر به كذلك من الصعب نكران الاعاقة لطفل يعاني من عجز جسمي، وقد يكون النكران للحفاظ على المكانة الاجتماعية التي يظنون أنها قد تُمَس بوجود الشخص المعاق، أو تقوم الاسرة باخفاء حالة الاعاقة لديها بارسال المعوق الى مراكز الاقامة الدائمة، وهذا يؤدي الى تضييع الفرص المتاحة لتقديم خدمات وبرامج التربية الخاصة.

**٣ –الغضب والشعور بالذنب وتأنيب الضمير:**

قد يكون موجه الى الشريك الزوجة أو الزوج أو اي فرد من افراد العائلة أو نحو المدرسة أو مراكز التربية الخاصة أو المدرسين أو المجتمع أو نحو المعوق ذاته، وتأنيب الضمير، ومعاقبة الذات، وطرح عدة تساؤلات تشير الى أن الشخص يلوم نفسه أو الطرف الآخر، ويظن أنه السبب في هذه الاعاقة، وأنها حدثت نتيجة خطأ ما ارتكبه هو أو شريكه، وغالباً ما يصدر رد الفعل هذا بالدرجة الاولى عن المرأة ويسيطر عليها اكثر من الرجل، وهذا يؤدي الى بروز ردود فعل اخرى مثل الشعور بالحزن والكآبة.

**٤ –الحزن والكآبة:**

ويكون تأثيرها على والدة الطفل اكثر من تأثيرها على والد الطفل، لاعتقادها الخاطئ أنها السبب في كل ما حصل لها ولطفلها.

٥ -الرفض لوجود الطفل المعاق:

والذي يتخذ شكل الرفض العلني أو الرفض الضمني، فالرفض المباشر العلني يتمثل في اهمال الفرد وعدم تقبله والاستياء من وجوده، وقد تكون ردود الفعل على النقيض مباشرة بحيث يتضح الرفض باشكال من الحماية الزائدة والاهتمام والعناية غير المألوفة.

٦ -التكيف والملاءمة:

وهي مرحلة متقدمة وتتطلب درجة من النضج والتفهم لحالة الاعاقة الحركية، وهي خطوة تهدف الى اعادة ترتيب الحياة الاسرية بشكل يساعد على استيعاب الحالة ويقود الى خطورة اكثر نضجاً وهي التقبل الكامل للحالة، وعملية التكيف تحدث تدريجياً.

٧ -مرحلة التقبل:

حتى يستطيع الوالدان تقبل اعاقة طفلهما فهما في العادة بحاجة الى تقبل الذات اولاً وذلك يعني تخلصهما من عقدة الذنب والشعور بالمسؤولية الشخصية عن الاعاقة، فتقبل الاعاقة لا يعني ابداً عدم الشعور بالالم أو انتهاء الاحزان، فثمة من يعتقد أن اسرة المعوق تعاني من الاسى المزمن.

وفي هذه المرحلة يبحث الاهل عن خدمات وبرامج التربية الخاصة ومراكز التربية الخاصة، وتكون الاسرة في وضع نفسي جيد.

وفي دراسة قام بها البعض حول ردود افعال الوالدين نحو الاعاقة الجسدية عام ١٩٩١م فقد بينت النتائج أن جميع الاسر التي تمت مقابلتها وعددها عشرون (٢٠) اسرة اظهرت ايماناً مطلقاً بقضاء الله وقدره كاستجابة اولية لتشخيص حالات الاعاقة الشديدة لدى اطفالهم، وقد ابدت عشر (١٠) اسر اي ما نسبته (٥٪)

من افراد العينة تفاؤلاً واملاً في شفاء الطفل وتخلصه مما يعاني من حالات العجز والقصور في اقرب وقت ممكن، واستدل البعض على ذلك بالامثلة الواقعية لحالات متشابهة، وقد بدا واضحاً ظهور ردود فعل اولية اخرى منها الصدمة والشفقة، والرفض والنكران، والحماية الزائدة، وقد ظهرت تلك المشاعر الاولية واضحة جلية عند جميع الاسر التي تمت مقابلتها من خلال سلوكهم التسوقي المحلي في البحث عن اسباب الاصابة، وسبل العلاج الممكنة، سواء كان ذلك من خلال زيارات الاطباء أو المداواة بالطب الشعبي، اضافة الى حالات السفر للخارج عند خمس (٥) أسر اي ما نسبته (٢٥٪) من افراد العينة، ومشاعر الغضب والعدوان والقاء اللوم على الآخرين وخاصة على الاطباء.

واخيراً على الاخصائيين أن يتفهموا حاجات الوالدين وأن يدركوا أن مشاعر الرفض والخجل وما الى ذلك قد تظهر مجدداً في الاوقات المختلفة وأن على الوالدين أن يتعاملا بتواصل مع هذه المشاعر اثناء المحاولات والجهود التي يبذلها لرعاية طفلهما المعوق حركياً.

**ما الذي نستطيع عمله كآباء في مواجهة مشكلة الشلل الدماغي؟**

تستطيعون عمل الكثير، والافكار التالية قد تساعد في توضيح ما يمكن عمله في هذا المجال:

١ -العمل ما امكن على منع تكرار حدوث الاعاقة وذلك باتباع الاجراءات الوقائية.

٢ -تقبل الطفل المصاب بالشلل الدماغي: مهما كان حجم الاحباط والآسى الذي يحس به الوالدان وتحس به الاسرة، فلا بد أن تدرك الاسرة أن هذا كله لن يحل المشكلة، وأن الطفل موجود وأنه يحتاج الى التقبل ويحتاج الى الحب.

والتقبل لا يعني تقبل الاسرة بشكل مجرد بأن يعيش هذا الطفل بين افرادها

فقط، ولكن يعني أن تتقبل الاسرة هذا الطفل نفسياً وأن تتقبل واقع كونه مختلفاً وأن تفهم حالته وحدود قدراته وأن تتعامل معه على هذا الاساس بعيداً عن الحماية الزائدة المتمثلة في عمل الاشياء نيابة عن بدلاً من تدريب الطفل كي يقوم بها بمفرده والمتمثلة كذلك في الخوف الزائد عن الحد على الطفل والذي يحول دون اتاحة الفرصة لاكتساب الخبرات الحياتية الضرورية وبعيداً عن الاهمال الزائد.

٣ –أن تتعرف الاسرة على المراكز والمؤسسات والخدمات والبرامج المقدمة للاطفال المصابين بالشلل الدماغي سواء على مستوى المنطقة التي يعيش بها أم على مستوى المملكة، وأن تسعى لتلبية احتياجات طفلها من الخدمات سواء كانت هذه الخدمات طبية وجراحية ام كانت خدمات تأهلية (علاج طبيعي، علاج وظيفي، علاج نطقي، توفير اجهزة مساعدة تأهيل مهني) ام كانت خدمات تربوية سواء في المدارس العامة ام في مراكز خاصة أو ما شابه ذلك.

٤ –أن تشارك الاسرة في التفكير بما يحتاج طفلها المصاب من كراسي واجهزة مساعدة للوقوف والمشي وبما يتوفر في البيئة المحلية وعدم الاتكال الكلي على الآخرين، حيث أن غالبية الاجهزة المساعدة في العالم المتقدم قد ساهم في تصميمها وصنعها اولياء امور الاطفال الذين هم اعلم بما يحتاجه اطفالهم، اننا ندعو اولياء امور الاطفال الى الخروج من نطاق الاعتماد كلياً على الاجهزة الطبية المساعدة المستوردة والجاهزة الى المساهمة الفعلية في تصميم وضع بعض الاجهزة البسيطة محلياً وهي عادة ما تؤدي الغرض وبكلفة بسيطة.

٥ –العمل على دمج الطفل في مجتمعه واتاحة الفرصة له للاختلاط مع الآخرين واكتساب الخبرات والمهارات اللازمة والحرص على عدم عزله عن محيطه الطبيعي وعن مجتمعه المحلي قدر الامكان.

٦ –للاسرة ايضاً درو هام في التواصل مع الاسر الاخرى التي لديها اطفال مصابين بالشلل الدماغي، لتبادل الخبرات تبادل الدعم ثم لتنظيم الجهود.

٧ -اخيراً على الاهالي واجب اساسي يتمثل بالاطلاع على التشريعات السارية المفعول في مجال المعاقين ولدينا الآن القانون ١٢ / لسنة ١٩٩٣ والخاص برعاية المعوقين، والمطالبة بتطوير التشريعات القائمة بحيث يوفروا افضل الضمانات لابنائهم.

**المشاكل والصعوبات التي تقابل باعاقات جسدية:**

بالرغم من حجم المشكلات التي تصادف هذه الفئة من المعاقين في حياتهم العادية، فاننا نجد أن المشاكل قد تكون مشتركة بينهم، بالرغم من اختلاف الحالات، وحجم المشكلة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحالة الفرد المعاق فكلما ازدادت حالة المعاق جسمياً كلما ازدادت المشاكل تعقيداً وخاصة الحالة النفسية والاجتماعية على المعاق نفسه.

اذن **المشاكل والصعوبات هي:**

١ -الاحساس الدائم بالنقص: فالمعاق باعاقة جسدية باختلاف انواع الحالات، يلازمه الاحساس الدائم بالنقص مما يؤدي الى الضعف العام والنقص في الحركة بصفة عامة والتي تؤدي الى الاختلال في الشخصية العامة المميزه له، وكذلك النقص في الاتزان الانفعالي والعاطفي.

٢ -عدم المبالاة: تضفي الاعاقة الجسدية على المعاق بعض العادات القاتلة التي تؤدي الى عواقب وخيمة في بعض الاحيان، فنجد الاستهتار بالامور حتى الهامة جداً منها وعدم المبالاة والاكتراث وعدم اعطاء الامور قيمتها الحقيقية بل تكون بصورة سطحية.

٣ -الاتجاهات السلوكية الغير سوية: في بعض الحالات نجد أن المعاق يتصرف تصرفاً سلوكياً غير عادي بالنسبة للتعامل مع الآخرين، معتقداً أن الحالة التي يتواجد عليها سند لهذه التصرفات، ويرجع هذا التصرف لشعوره بالنقص

وشعور المتعامل معه بنفس الشعور والاحساس وذلك يؤدي الى عدم التكيف الاجتماعي العادي.

٤ –صعوبة الانتقال: خاصة لدى الذين تتواجد لديهم اعاقات في الاطراف السفلى مما يجعل الحركة ضئيلة وفي بعض الاحيان تنعدم عندهم الحركة والانتقال نهائياً كالمعوقين، ولذلك فهم في حاجة الى مساعدة الآخرين مما يؤدي الى التعب النفسي الشديد الذي يرتبط بجميع النواحي الاخرى للمعاق.

اذن بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركياً، فتختلف تبعا لاختلاف مظاهر الاعاقة الحركية ودرجتها وقد تكون مشاعر القلق، الخوف، الرفض، العدوانية، الانطوائية، الدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الافراد ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية، بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

**المشكلات التي يعاني منها المصابون بالشلل الدماغي:**

**١ –المشكلات الاقتصادية:**

حيث أن الاصابة بالشلل الدماغي حالة مزمنة وهذه الحالة بحاجة الى الكثير من المصاريف المادية المتتالية، وتتحمل الكثير من نفقات العلاج، وقد ينقطع الدخل أو ينخفض اذا كان المعوق هو العائل الوحيد للاسرة حيث أن الاعاقة تؤثر في الادوار التي يقوم بها.

**٢ –المشكلات الاجتماعية:** الناتجة عن الاصابة وتشمل:

**أ–المشكلات الاسرية:** بالاضافة الى المراحل التي تمر بها العائلة عند ولادة طفل مصاب بالشلل الدماغي من انكار، غضب، اكتئاب، تقبل، فإن اعاقة الفرد هي اعاقة لاسرته في نفس الوقت حيث أن الاسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن،

حيث أن وجود طفل مصاب بالشلل الدماغي في اسرة ما يحيط بعلاقتها قدر من الاضطراب طالما كانت اعاقة الطفل تحول دون كفايته في الاعتماد على نفسه أو في اداء دوره الاجتماعي الكامل بمرحلة متقدمة، كما أن سلوك الطفل المصاب المسرف في الغضب والتشنج والبكاء الدائم من ناحية أو قد يكون قلق عند وعيه لاصابته أو اكتئاب فيما بعد فإن هذه السلوكات تقابل من المحطين به بسلوكات مسرفة في الشعور بالذنب والحيرة نحو التساؤل الدائم الذي قد يؤدي بالتالي الى التقليل من التوازن الاسري، وتماسكها والذي يؤدي الى الطلاق، وهذا يتوقف على المستوى التعليمي للوالدين وثقافتهما ومدى الالتزام الديني بين افراد الاسرة.

**ب-مشكلات الصداقة:** وفي اعمار متقدمة للمصابين بالشلل الدماغي بشكل خاص وكاعاقة حركية بشكل عام وخاصة ممن يتمتعون بقدرات عقلية جيدة فإن المعاق يشعر بعدم المساواة مع زملاءه واصدقاءه وخلال مراحل حياته واستنباطه لعدم كفايته لمثل هذه الصداقات، ممايؤدي بالشخص المعوق الى استجابات سلبية تؤدي الى انكماشه على نفسه وانسحابه من هذه الصداقات والتي قد تتطور الى مرحلة الاكتئاب عند المعوق.

**ج-المشكلات الترويحية:** حيث أن الاصابة تؤثر في قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده.

د-مشكلات العمل: وتتمثل فيما يلي:

١ -المعارضة من قبل أرباب العمل في توظيف وتعيين المعوقين.

٢ -عدم تكيف جوانب العمل مع قدرات المعوقين.

٣ -وفي حالة توفر العنصرين السابقين قد يطرد المعوق من عمله في اية لحظة دون توفر حقوق الحماية له.

٤ –عدم توفر مراكز التأهيل المهني وذلك لاعداد المعوق مهنياً على اكمل وجه من أجل تشغيله بعمل يستفيد منه.

٥ –عدم وجود القوانين والانظمة التشريعية التي تعمل على رعاية المعوق في عمله.

**٣ –المشكلات الطبية / والعلاجية:**

١ –عدم معرفة الاسباب الحاسمة لبعض اشكال الشلل الدماغي والاعاقة الحركية بشكل عام.

٢ –طول فترة العلاج الطبي لهذه الحالات والتكاليف الباهظة لعلاج هذه الحالات وما يلزمها من اجهزة تعويضية مساندة.

٣ –عدم توفر المراكز التخصصة والكافية لعلاج الشلل الدماغي وخاصة في المناطق النائية عن المدن مثل مراكز العلاج الطبيعي والنطقي والمعالجة المهنية.

٤ –عدم توفر الاخصائيين المعالجين والاجهزة الفنية لهذا العلاج.

٥ –غياب التشريعات الصحية المتعلقة بتقديم الخدمات العلاجية والاجهزة المجانية لهؤلاء الفئة من المعوقين.

٦ –قلة المعالجين المهنيين والنطقيين حيث أن حالات الشلل الدماغي بإمس الحاجة الى مثل هذه الكوادر لتنمية العناصر العلاجية الهامة.

**٤ –المشكلات التعليمية والتربوية:**

إن عملية تعليم المصابين بالشلل الدماغي خاصة وذوي الاعاقة الحركية عامة تتصادم بعدة مشكلات اهمها:

١ –عدم توفر مدارس خاصة وكافية للفئات العقلية المتوسطة والمتخلفين منهم.

٢ -كذلك عدم توفر الكوادر التعليمية المتخصصة.

٣ -المناهج والوسائل التعليمية النادرة أو المعدومة لهذه الفئات العقلية من المعوقين حركياً، اما المعوقين حركياً فقط والذين يتمتعون بقدرات عقلية جيدة فيترتب على الحاقهم بالمدارس العادية العديد من القضايا التي يجب العمل على حالها ومنها:

أ-الآثار النفسية لالحاق الطفل بالمدارس العادية والناتج عن قلة الوعي لدى الطلاب العاديين والذي هو واجب وزارة التربية والتعليم ممثلة بدوائرها والادارات المدرسية ووسائل الاعلام.

ب-كذلك شعور الرهبة والخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية زميلهم المعوق، وانعكاس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون انسحابياً أو عدوانياً كعملية تعويضية.

ج-عدم مراعاة قدرات الاعاقة الجسمية والاضطرابات المصاحبة لمثل هذه الحالات في عملية التكيف المدرسي سواء بالمناهج أو المباني أو المرافق العامة أو وسائل المواصلات.

د- غياب التشريع التربوي الذي ينص على تعليم المعوق وتأهيله اكاديمياً ضمن البرامج التربوية العادية لفئات المعوقين وخاصة ذوي القدرات العقلية الطبيعية.

**٥ -المشكلات النفسية الناتجة عن الاعاقة:**

تعتمد شدة وحجم هذه المشكلات على:

١ -شخصية المصاب.

٢ -تاريخ حدوث الاصابة (العمر).

٣ –درجة الاصابة / شدة الاصابة.

٤ –الاعاقات المصاحبة لهذه الحالة.

فقد اثبتت الدراسات أن الاعاقة الحركية والتي من ضمنها الشلل الدماغي ذات التأثير واضح على سلوك الفرد وتصرفاته، فالشعور بالنقص الناشئ عن القصور العضوي يصبح عاملا مستمرا وفعالا في النمو النفسي للفرد، وهنا يقصد بقصور احد الاعضاء، عدم اكتمال نموه، أو توقف هذا النمو، أو عدم كفايته الوظيفية، أو عجزه تماما عن العمل مما يحقر المرء من نفسه ويزعزع شعوره بالأمن، الامر الذي يدفعه الى اعلان الجهاد لاقرار شخصيته، ويثير فيه صراعا كثيراً مما يتخذ اشكال متباينه من العنف، ويضاعف من القوة التي يوجهها نحو التغلب علي العقبات التي تواجهه، فيزاول اشكالا متباينه من النشاط ويدرب العضو موضع النقص تدريباً قد يصل الى حد الكمال وذلك لاثبات ذاته واشباع شعوره بقيمته وقدرته.

وفي حالة الشلل الدماغي نجد أن المصاب يكون صورة ذهنية عن حالته الجسمية والوظيفية والتي لها اهمية كبرى في تكوين شخصيته اذ على اساسها يكون فكرته عن نفسه ويكون سلوكه متأثراً بها، فنموه الغير طبيعي والتدريجي يصاحبه نمو لخبراته وقدراته، والتي تختلف بالتالي عن خبرات وقدرات الافراد العاديين، من هنا لخص عالم النفس المشهور الدكتور كليمك وآخرون أهم الآثار السلوكية والنفسية التي تنتج عن الاصابة بالاعاقة بشكل عام عند المعوقين والتي من ضمنها فئة المصابين بالشلل الدماغي واهم هذه المشكلات:

١ –الشعور الزائد بالنقص.

٢ –الشعور الزائد بالعجز وهو الاستسلام للاعاقة والاعتماد على الغير.

٣ –عدم الشعور بالأمن.

٤ –عدم الاتزان الانفعالي.

٥ –سيادة مظاهر السلوك الدفاعي كالانكار والتعويض والاسقاط والتبرير التي يكونها لتكون بمثابة حماية لذاته المهددة دائماً من الآخرين واستخدام مثل هذه الظاهرة في حياته واتصالاته اليومية مع الافراد العاديين.

**واجبات الاسرة تجاه الطفل المعاق:**

١ –الرعاية والمداومة على العلاج في مرحلة الرضاعة والفطام.

٢ –الحاق الطفل المعاق بدور الحضانة المتخصصة.

٣ –مداومة الاتصال بالطبيب المعالج ودور الحضانة.

٤ –العمل على مساعدة المعاق على التكيف الاسري.

٥ –اهمال الاعاقة وعدم ذكرها.

٦ –تعويد الطفل المعاق وتعليمه الاعتماد على النفس.

٧ –الحاق الطفل المعاق بمؤسسات رعاية المعاقين.

**دور الاسرة في تأهيل المعاق حركياً:**

تلعب الاسرة دوراً هاماً في عملية تأهيل الطفل المعوق حركياً وذلك بسبب طول الفترة التي تقضيها الاسرة مع الطفل من جهة ولحرصها الشديد على مصلحته اكثر من غيرها من جهة اخرى، ويمكن توضيح دور الاسرة من خلال المهارات الحياتية.

**اولاً: حمل الطفل وتحريكه:**

ويكون ذلك من خلال تشجيع الطفل على استخدام يديه وقدميه والتحكم برأسه من خلال انشطة تساعد الطفل على ذلك على أن يراعي في حمل الطفل ما يلي:

١ –عدم ايذاء الطفل.

٢ –اعطاء حرية الحركة.

٣ –ضمان عدم سقوط الطفل.

٤ –مراعاة طبيعة الاعاقة بالنسبة للطفل.

٥ –يجب مرعاة طبيعة الاعاقة بالنسبة للطفل.

٦ –مرعاة الاجهزة التعويضية المستخدمة.

٧ –يجب مرعاة وضعية الحمل اثناء الوقوف.

**ثانياً: اللباس:**

يحتاج الطفل الى استخدام ملابسه (خلعها، أو ارتدائها) ويجب مرعاة ما يلي:–

١ –اختيار ملابس سهلة من حيث خلعها أو ارتدائها.

٢ –تشجيع الطفل على الاستقلالية في اللباس من خلال تحليل المهمات.

٣ –مراعاة الظروف الجوية من حيث (البرد، الحرارة).

٤ –تشجيع الطفل في المشاركة في ارتداء الملابس وخلعها والمحافظة عليها.

٥ –عدم اختيار الملابس التي تحتوي على الازرار بشكل كبير.

٦ –أن تكون الملابس مناسبة لحجمه واكبر قليلاً.

**ثالثاً: الاكل والطعام:**

يحتاج الطفل لطاقة غذائية للاستمرار في حياته، وهنا يجب مرعاة ما يلي:

١ –تدريب الطفل على الاستقلال في الطعام.

٢ –اعطاء الطفل الكمية لنموه وحجمه ووزنه وطوله.

٣ –يجب أن تكون كمية الغذاء متوازنة.

٤ –يجب أن يكون في وضعية مناسبة اثناء تناول الطعام.

٥ –يجب استخدام الوسائل المساعدة اذا لزم ذلك مثل الملعقة اليدوية أو الآلية.

٦ –يجب مساعدة الطفل على تحريك الفكين للمضغ والبلع من خلال المساعدة اليدوية.

٧ –يمكن اتباع المساعدة اليدوية في شرب السوائل والماء.

٨ –يجب مساعدة الطفل في تناول الطعام اذا لزم الامر.

**رابعاً: الاستقلال:**

١ –وتشمل المهارات الاستقلالية تناول الطعام والشراب واللباس واستخدام ادوات الطعام مثل الملاعق والشوك ومقاعد الجلوس والسكاكين وايضاً المساعدة في التدريب على قضاء الحاجة وذلك من خلال تعليم الطفل التحكم في حاجته (البول والبراز).

٣ –من خلال اخبار الاهل بحاجة الطفل عن استخدام الحمام أو التواليت ويكون التدريب على قضاء الحاجة بعد التأكد من مرحلة النمو المناسبة وعندها يكون الطفل مستعداً لذلك وقادراً جسدياً على التعاون.

٣ –وضع الطفل في المكان المخصص لقضاء الحاجة عند حاجته لذلك.

٤ –استخدام المساعدة اللفظية والتعزيز.

٥ –استخدام المساعدة المادية لقضاء الحاجة.

٦ –استخدام الامثلة والايضاحات من خلال الالعاب.

**خامساً: النظافة والاستحمام:**

يجب تدريب الطفل على وسائل النظافة والاستحمام بتحليل المهمات والتشجيع واستخدام الادوات المناسبة والعناية بالنظافة.

١ -العناية بالاسنان والعناية باللثة من خلال تجنب الاطعمة والمشروبات كثيرة السكر.

٢ -التركيز على الاطعمة القاسية التي تنظف الاسنان.

٣ -مساعدة الطفل مادياً بتنظيف اسنانه بشكل عام، يجب مراعاة ما يلي:

أ- الاستحمام مرة واحدة اسبوعياً على الاقل.

ب- التدريب على الحفاظ على ملابسه نظيفة.

جـ-استخدام منظفات حسب الضرورة.

د-المساعدة المادية في عملية التنظيف والاستحمام، والاقتصاد بالنفقات.

هـ- استخدام ادوات خاصة لكل طفل.

**سادساً: تدريب الطفل على استخدام المثيرات الحسية:**

وذلك من خلال ما يلي:

١ -استخدام العاب بتقوية حاسة السمع.

٢ -استخدام العاب بتقوية حاسة الابصار.

٣ -استخدام العاب بتقوية حاسة اللمس.

٤ -استخدام ادوات التقوية حاسة الشم مع مراعاة شروط السلامة في الادوات وهي:

أ-أن تكون مطلية بطلاء غير قابل للزوال.

ب-يجب أن تكون الادوات خفيفة الحمل.

ج-يجب أن تكون الادوات سهلة الاستعمال.

د-يجب أن تكون الادوات قليلة التكاليف ومناسبة للبيئة.

**سابعاً: اللعب:**

يحتاج الطفل المعوق حركياً كغيره من الاطفال العاديين للعب واستغلال طاقاته من خلال القيام بالالعاب المفيدة وتشمل الالعاب تمارين الجري الزحف والحبو والمشي والتوازن، والالعاب المصنوعة محلياً داخل المركز على أن يتم مراعاة ما يلي:

١ -عدم الاستمرار بالنشاط نفسه لمدة طويلة.

٢ -البحث عن مصادر للتغير دائماً.

٣ -أن تكون اللعبة نظيفة وغير سامة.

وهناك عدة انواع من الالعاب منها:

أ-لعب لتقوية اللمس والاحساس.

ب- منها الاقمشة والحيوانات الصغيرة والدمى والحصان.

جـ- لعب للتذوق والشم مثل الاطعمة، الازهار، الفواكه والعطور.

د-لعب للرؤية كالصور الضوئية، والمرايا.

هـ- لعب للتوازن كالمراجيح ولوح التوازن والجياد الخشبية.

و-لعب للسمع كالاجراس والصفارات والكلام والغناء.

ز-لعب لتطوير القدرات العقلية كلعب المطابقة ولعب الاحاجي والالغاز والعاب الليغو.

ويجب مراعاة نوعية الاعاقة في اختيار نوعية اللعبة.

**الاستقلال الذاتي في المعيشة:**

إن الشعور بالاستقلالية ولو بقدر بسيط يحفظ شيئاً من احساس الفرد بكرامته وقيمته الذاتية بينما يدفعه الاعتماد على الغير الى عدم تقدير الذات وعدم المبادرة بالقيام باي عمل ويحرمه من كل تطلعات مستقبلية.

ومن اهداف التأهيل الشامل الرئيسية هي انها تسعى لان يحقق المعاق اعلى قدر مستطاع في النشاطات اليومية والاعتماد على النفس بالمأكل والملبس واستعمال الحمام والحركة سواء المشي أو استعمال الكرسي بعجلات، هذا ينطبق على الاطفال من ذوي الاعاقات الخلقية أو الولادية أو التي اصيبوا بها في وقت مبكر من العمر، وينطبق على الكبار ايضاً، ولكي تتحقق الاستقلالية في هذه الانشطة يخضع المصاب الى برنامج طبي وعلاجي تحت اشراف طبيب متخصص ومعالج حكمي واختصاصي علاج بالتشغيل معتمدين على استعمال ادوات مساعدة كالاطراف الصناعية والعكاكيز، وربما يحتاج المصابون الى عمليات جراحية تصحيحية لاطرافهم العليا أو السفلى، أو عمليات في الجهاز الهضمي لضبط الغائط والبول والسيطرة عليه.

اما بالنسبة لتمارين الحركة فالاطفال المصابون بالشلل الدماغي أو باصابات بفترة مبكرة من العمر، يقوم المعالج الحكمي تحت اشراف الطبيب المختص باعطاء الطفل التمارين اللازمة وذلك للحد من آثار الاصابة ولتجنب الحركات اللاارادية وتقوية عضلات الرقبة واليدين والساقين والحد من خلل التوازن الجسمي كذلك يتم تدريبه على استعمال الادوات المساعدة على الجلوس والزحف والوقوف والمشي.

اما الذين اصيبوا بحوادث أو امراض من الكبار فتتم تمارين الحركة لهم في وقت مبكر من الاصابة وقبل أن يستطيعوا النهوض عن أسرّتهم وذلك تجنباً لحدوث التقرحات الجلدية والتكلس والتشوهات وتكوّن الحصى في الكلى نتيجة عدم الحركة، ويتم تحريك المريض بواسطة سرير متحرك (يدوي أو كهربائي) وكذلك رافعات للرأس والساقين ووسائل خاصة.

اما الخطوة التالية فهي انتقال المصاب من السرير الى الكرسي ذي العجلات أو الى العكاكيز أو الاجهزة المساعدة على الحركة، ويقوم فريق التأهيل مشتركاً في تشجيع المريض وزيادة دافعيته لأن يعتمد على نفسه في هذه المرحلة ويبدأ المعالج بالتشغيل اعطاءه التمارين اللازمة للاستقلال بالانشطة اليومية.

ويؤكد في هذه المرحلة على عملية تأهيل الذات لأن ما يقوم به المعاق وما يتعلمه ذو اهمية تزيد في بعض الاحيان عما يقوم به الآخرون.

ومن الامور التي يجب تأكيدها أن عملية المغالاة في الاعتماد على الذات والاستقلالية لها آثار سلبية.

ويجب أن يؤكد برنامج التأهيل على توضيح التوازن بين ما يستطيع المعاق حركياً عمله وبين ما يصنعه له الآخرون، وتوضيح أن كل انسان يحتاج الى مساعدة الآخرين.

# الوحدة السابعة

## التأهيل المهني للمعوقين

- تعاريف التأهيل
- أساليب التأهيل
- الحواجز والصعوبات التي تواجه المعاقين حركياً
- نظرة المجتمع نحو المعوق حركيا
- واجبات المجتمع
- التأهيل المجتمعي المحلي CBR

* أهدافه
* مبادؤه
* وسائل تنفيذه

- تعليم الطفل المعاق حركيا
- مراحل تعليمه
- شروط المكان والمهارات
- أساليب التدريب الخاصة
- تعديل البيئة الملائمة له
- التدريب والتشغيل

# التأهيل المهني للمعوقين

**تعاريف التأهيل:**

يحمل مدلول التأهيل المهني معان كثيرة تشمل التأهيل الطبي والمهني والاجتماعي وهناك تعاريف مختلفة لتأهيل المعوقين ومن التعاريف الشائعة ما يلي:

يعني التأهيل استعادة الشخص المعوق كامل قدراته وذلك للإستفادة من قدرته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية بطريقة اقتصادية وبقدر المستطاع.

تعريف آخر ان تأهيل المعوقين هو العملية المتسقة التي تهدف الى ان يستعيد ويطور الشخص المعوق جسميا او عقليا اكبر قدر ممكن من القدرة على العمل وقضاء حياة مفيدة اجتماعيا وشخصياً.

اما ألزعمط فقد عرف التأهيل بانه تلك العملية المنظمة والمستمرة والتي تهدف الى ايصال الفرد المعوق الى أعلى درجة ممكنه من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمهنية والاقتصادية التي يستطيع الوصول اليها حيث تتداخل خطوات هذه العملية .

والتأهيل المهني يعني بأنه ذلك الجزء من العملية التأهيلية المستمرة والمنسقة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية كالإرشاد المهني والتدريب المهني والتشغيل المتخصص الذي يضمن للمعوق التوظيف المناسب.

**التأهيل مهنيا ونفسياً واجتماعياً للمعوقين:**

هدف التأهيل هو تنمية امكانيات الفرد وذلك من خلال العمل للتغلب على العجز البدني (التأهيل الطبي) وايضاً من خلال الخدمات الطبية والعلاج الطبيعي، وتشمل عملية التأهيل مهنياً ونفسياً واجتماعياً عدة جوانب يمكن سردها على النحو التالي:

١- الجراحة.

٢- الطب النفسي وما يتصل به من خدمات نفسية واجتماعية وطبية.

٣- الخدمات المساعدة، وتشمل على العلاج المهني والعلاج الطبيعي والتمريض واي خدمات مساعدة في هذا المجال.

٤- عمل الاطراف الصناعية وتزويد المعوق بها اذا احتاج اليها.

٥- تحمل العمل.

٦- التدريب على الرعاية الذاتية والقدرة على التحرك في المواصلات وفي حال الافتقار الى احد هذه الجوانب يقل مستوى التأهيل ويدخل في النطاق النظري.

٧- الارشاد النفسي ومهمة المرشد الاساسية هي العمل على ان ينقل ما به من عجز ويأخذ منه نقطة بداية منطلقاً لتحقيق الذات ويتم هذا من خلال الارشاد والتوجيه النفسي.

٨- مساعدة المعاق على ان يتعايش مع المجتمع وتحميس المجتمع لتقبل المعوق ومساعدته.

اذن للوصول الى تأهيل شامل للطفل المعاق لابد من الاخذ بعين الاعتبار طبيعة الطفل نفسه والبيئة المحيطة مما يؤكد بان تأهيل الطفل المعاق حركياً يختلف من بيئة الى اخرى مع الاخذ بعين الاعتبار في تأهيل المسلمات التالية:

١- ان الاسرة اكثر الناس قدرة على مساعدة ابناءهم.

٢- جميع الاطفال بحاجة الى المحبة والتقدير من الاخرين.

٣- جميع الاطفال بحاجة الى الفرصة المناسبة للابداع.

٤- جميع الاطفال لديهم القدرة على العطاء والعمل وخدمة المجتمع مهما كانت اعاقته.

**وهناك عدة اساليب لتأهيل الطفل في البيئة المحيطة:**

**الاسلوب الاول:**

اسلوب من الاعلى الى الاسفل (الاسلوب الجاهز المعد سلفاً) حيث تنظم البرامج التثقيفية من قبل هيئات دولية او منظمات او خبراء او أشخاص ويتم بعد ذلك تدريب المعوقين عليها حيث يكون دورهم منفذ فقط، لهذا الاسلوب مساوىء منها:

١- عدم القدرة على توفير قيادات.

٢- يهمل البيئة المحيطة.

٣- يحتاج الى اموال كثيرة جداً.

**حسناته:**

١- سهولة التخطيط والتنظيم والتقييم.

٢- فرض عملية التنفيذ وسرعة الانجاز.

**شروط نجاح هذا البرنامج:**

١- الاعتماد على الخبراء المحليين.

٢- عمل دراسات مسحية لتقبل البرنامج.

٣- الاعتماد على الجوانب الادارية في التنفيذ.

**الأسلوب الثاني:**

اسلوب من تحت الى فوق او من اسفل الى اعلى والمقصود به العناية بالمعوق

نفسه في اطار عائلته وهي عبارة عن برامج تأهيلية تخطط وتدار محلياً ويكون المخطط والمنفذ المعوق نفسه بالتعاون مع الادارة العليا.

ولهذا الاسلوب مميزات:

١- المرونه الكبيرة.

٢- نفقات قليلة.

٣- نجاح مضمون .

٤- خدمة للبيئة بشكل كبير.

**الأسلوب الثالث:**

الاسلوب عن طريق الاجتماعات ومراكز التدريب والدورات.

**اهداف تأهيل الطفل والبيئة المحيطة:**

١- مساعدة الآخرين من افراد العائلة والاصدقاء والجيران على قبول المعوقين واحترامهم.

٢- إيجاد بيئة محلية للطفل المعوق.

٣- انشاء مراكز للتأهيل برعاية الاهالي والمجتمع المحلي وتعتبر مراكز التأهيل الاهلية او المحلية افضل المراكز للأسباب التالية:

أ- يشكل المركز قاعدة حقيقية قليلة التكاليف لمساعدة المعوقين.

ب- فرصة لتبادل الافكار بين المتدربين المعوقين.

ج- استخدام موارد البيئة المحلية.

د- يوفر المركز عمل وفرص للتدريب والخبرة لجميع المعوقين.

هـ- توفير فرص تدريبية للعائلات المفككة.

**مساوىء عزل المعوقين:**

١- تكوين اتجاهات سلبية نحو المعوقين.

٢- يزيد من الاحباط لدى المعوقين.

٣- زيادة في التكاليف على الدولة.

٤- تعطيل افراد من المجتمع نحن بحاجة لهم.

**الحواجز والصعوبات التي تواجه المعاق حركياً:**

إن اصعب المشاكل في التكيف الايجابي للمعاق حركياً ليست نتيجة خلل في نمط السلوك التكيفي عنده ولاعن عوامل سلبية في شخصيته بقدر ما هي نتاج لبناء اجتماعي قاس ينكر عليه بعضاً من حقوقه الاساسية فالمجتمع ببعض من خواصه وخصائص الحواجز الموجودة فيه يعتبر عاملاً مساعداً للإعاقة الحركية.

ومن أهم الحواجز:

**أولاً الحواجز البنائية:**

تشكل حجر عثرة في طريق تكيف المعاق حركياً وتعتبر من أشد العوامل المحيطة به، فهي تمنعه من المشاركة في برامج التعليم او الحصول على وظيفة وتحدده في تفاعله الاجتماعية مما يؤدي الى نقص حاد في الخبرات اليومية وبالتالي نقص في القدرات العقلية وشعور باليأس والعزلة وربما الاصابة بمرض نفسي مزمن.

والطبيعة الجغرافية لمنطقة عمان ووقوعها بمنطقة جبلية كثيرة الادراج وصعوبة الحركة بها حتى للإنسان الغير مصاب احياناً تؤدي الى عدم تحقيق أهداف التأهيل الشامل وتجعله مبتوراً في كثير من الاوقات، اذ ما ان تصل مراحل التأهيل الى نهايتها حتى نجد أنفسنا امام هذا الحاجز الذي لايمكن السيطرة عليه وان امكن فهو يحتاج الى نفقات عالية للتعديل البنائي.

ويواجه المعاق حركياً هذا الحاجز في الطريق الى بيته واثناء انتقاله بين غرفة واخرى وفي الحمام، ويواجهها في المدرسة والجامعة والبنك والمسجد.

**ثانياً: الإتجاهات السلبية:**

وهي من العوائق الرئيسية التي يفرضها المجتمع ممثلاً بقطاعاته المختلفة تجاه المعاق حركياً، فليس هناك فهم هام لطبيعة الإعاقة وقدرات الفرد المتبقية وهناك ميل للإعتقاد بان الذي يستعمل الكرسي ذا العجلات او من يمشي بجهاز خاص او عكاكيز مريض ويحتاج الى عناية طبية مستمر لابل يظن البعض بأنه بحاجة للمساعدة والشفقة والاحسان .

ونظراً لأن المعاق حركياً قادراً على تمييز بعض الاتجاهات والسلوكات السلبية للآخرين لانه يستطيع ان يرى وان يسمع وان يفهم ما يقال عنه فإن ذلك يدفعه في بعض الاحيان الى العزلة وعدم المبادرة في التفاعل الاجتماعي، ويقلل من الخدمات المقدمة لهم.

وهناك بعض الملاحظات التي تؤكد الاتجاه السلبي نحو المعاقين حركياً:

١- انهم يعاملون كالأطفال بالرغم من انهم راشدون ويتمثل ذلك باستخدام بعض الكلمات التي تقال للاطفال او تغير نبرات الصوت.

٢- تجنب الآخرين للحديث مع اولئك الذين اصيبوا باعاقة واضحة.

٣- عدم رغبة ارباب العمل في كثير من الاحيان تشغيلهم.

٤- عدم تقبل العائلة لابنها المعاق والبحث عن السبل التي تبعده عنها او تخفيه عن الآخرين.

**شروط تأهيل الطفل والبيئة المحيطة:**

لضمان نجاح عملية تأهيل الشخص المعوق حركياً يجب مراعاة ما يلي:

١- اخذ حاجات المعوق حركياً بعين الاعتبار.

٢- يجب ان يقوم على تدريب المعوقين وتأهيل الخبراء.

٣- يجب انتقاء القا درين على العمل مع المعوقين.

٤- يجب توفر الجانب المادي لاي مشروع تأهيلي اما داخلي او خارجي.

**نظرة المجتمع للمعوقين:**

تختلف نظرة المجتمعات للمعوقين وذلك للأسباب التالية:

١- المعتقدات الخاطئة عند الأسر.

٢- غياب المعلومات الصحيحة حول طبيعة الاعاقة وانتشارها.

٣- الاعتقاد بالجن والارواح الشريرة خاصة المصابين بالصرع.

٤- الخوف مما هو غريب او الخوف مما هو غير مألوف.

٥- تختلف نظرة المجتمع حسب درجة الفقر فكلما زاد الفقر زاد الاهمال للاعاقة.

٦- تعتمد نظرة المجتمع على عدة عوامل:

أ- وعي الناس الثقافي والعلمي.

ب- القيم السائدة مثل المعتقدات الدينية.

ج- الثقافة والتقدم العلمي.

**واجبات المجتمع نحو الطفل المعاق:**

لابد من ان يقوم المجتمع بتقديم كافة المساعدات للمعاقين في جميع الحالات ويتمثل ذلك في تقديم كافة الواجبات والمساعدات وفقاً للتالي:

١- الاعتراف بحقوقهم كمواطنين.

٢- الوقاية الصحية الشاملة.

٣- العلاج الطبي والنفسي.

٤- اتاحة فرص التعليم.

٥- توفير الخدمات الاجتماعية.

٦- توفير الخدمات المهنية.

٧- توفير الاجهزة والمعدات.

٨- نشر الوعي للجماهير للتعامل مع المعاقين.

٩- متابعة التطور الذي يحدث في هذا المجال.

**التأهيل في المجتمع المحلي: (CBR)Community- Behabililation**

يعرف التأهيل المجتمعي بانه توفير وتقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية مستفيدين من جميع الموارد المادية والبشرية المتوفرة في المجتمع المحلي.

اما منظمة العمل الدولية ومنظمة الامم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية فيعرفوا التأهيل المجتمعي بما يلي:

هو استراتيجية تتدرج في اطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف الى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص، والاندماج الاجتماعي لجميع الاشخاص الذين يعانون من أعاقة وينفذ من خلال الجهود المتضافرة للمعوقين انفسهم، ولأسرهم، ولمجتمعاتهم المحلية، ولمرافق الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعية المعيشية.

**أهداف التأهيل في المجتمع المحلي:**

الهدف الرئيسي للتأهيل المجتمعي هو ضمان قدرة المعوقين على الوصول بامكاناتهم البدنية والعقلية الى مستواها الاقصى، والانتفاع بالخدمات والفرص العادية وتحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل في مجتمعاتهم، ويستند هذا الهدف الى المفهوم الاوسع شمولاً للتأهيل، اي المفهوم المنطوي على تحقيق المساواة في الفرص والاندماج في لمجتمع المحلي، والتأهيل المجتمعي في مفهومه الواسع يعتبر نهجاً شاملاً يضم الوقاية من حدوث الاعاقة والتأهيل في انشطة الرعاية الصحية الاولية، وادماج الاطفال المعوقين في المدارس العادية، وتوفير فرص النشاط الاقتصادي المربح لراشدين المعوقين.

والتأهيل المجتمعي بوصفه عنصراً من عناصر السياسة الاجتماعية يعزز حقوق المعوقين في الحياة داخل مجتمعاتهم المحلية والتمتع بالصحة والرفاه، والمشاركة الكاملة في الانشطة التعليمية والاجتماعية والثقافية والدينية والاقتصادية والساسية جميعاً.

وهناك اتجاهين للتأهيل المجتمعي هما:

١- ضمن الاسرة.

٢- ضمن الحي او القرية او المجتمع الصغير.

اذن يهدف التأهيل المجتمعي الى دمج الاطفال المعوقين في المجتمع من خلال اشراك المعوقين في عملية التأهيل.

**مبادىء التأهيل المجتمعي:**

١- يجب ان يسير التأهيل المجتمعي مع البرامج او المشاريع السياسية والاقتصادية والاجتماعية للدولة.

يجب ان يبدأ التأهيل المجتمعي في منطقة او مناطق قليلة وليست شاملة.

٣- يجب ان يكون برنامج التأهيل المجتمعي ضمن رقابة واشراف دقيقة.

٤- يختلف كل برنامج للتأهيل المجتمعي من دولة الى أخرى.

٥- يجب استخدام التأهيل المجتمعي على تنظيم الخدمات واستغلال موارد البيئة والاهتمام بقدرات الطفل المعوق.

**وسائل تنفيذ التأهيل في المجتمع المحلي:**

ينبغي النظر الى التأهيل المجتمعي اولاً وقبل كل شيء على انه برنامج يخص المجتمع المحلي، كما تمثله السلطة او الحكومة المحلية، وينبغي اعتباره عنصراً من عناصر السياسة الاجتماعية والتعليمية والصحية على جميع المستويات وبصفة خاصة على اكثر المستويات لامركزية في القطاع العام، وبالنسبة للسياسة الوطنية ينبغي اعتبار التأهيل المجتمعي جزءا من الجهد الذي يبذله البلد المعنى لصالح سكانه المعوقين ايا كانت اعمارهم او اشكال اعاقتم، وفي اطار السياسات على مستوى المحافظة او المقاطعة يلقى التأهيل المجتمعي الدعم عن طريق مرافق الاحالة وبواسطة نقل المعلومات الى المجتمعات المحلية، وعلى مستوى المجتمع المحلي يجري تنفيذ سياسة الادماج تحت اشراف ومراقبة المجتمع المحلي الذي يعتبر هو (المالك) لبرنامج التأهيل المجتمعي ويسند دوراً هاماً الى المعوقين واسرهم.

ومن ثم فإن الاساليب العامة لتطوير التأهيل المجتمعي تشمل صياغة وتنفيذ السياسات المساندة لهذا لتأهيل وتشجيع ومساندة المجتمعات المحلية لتمكينها من النهوض بمسؤولية تأهيل اعضائها الذين يعانون من الاعاقة وتعزيز مرافق الاحالة لاغراض التأهيل في مجالات الصحة والتعليم والعمل على مستوى المراكز الادارية المحلية والمقاطعات وعلى المستوى الوطني، وانشاء نظام لادارة البرامج وتقييمها في هذا الصدد وتعتبر مشاركة المعوقين انفسهم في جميع هذه الانشطة امراً جوهرياً.

وقد يأتي الحافز الى وضع سياسة وطنية لدعم التأهيل المجتمعي من مصدر

خارجي مثل توصيات برنامج العمل بشأن الأشخاص المعوقين، الذي أعد خلال عقد الامم المتحدة مؤتمراً لمعوقين، وقد يأتي هذا الحافز ايضاً من ضغوط داخلية في البلد المعني يمكن ان ترجع الى مبادرات من منظمات للمعوقين او من ممثلين للقطاعات المعنية بالتأهيل او من مزيج من الاثنين، وعندما توضع سياسة للتأهيل المجتمعي على المستوى الوطني فإنها ينبغي ان تنعكس في أولويات السياسة والبرامج في جميع القطاعات وعلى جميع المستويات الاخرى.

وكثيراً ما تكون مبادرة المجتمع المحلي الى العمل في مجال التأهيل المجتمعي مدفوعة بحافز من خارج هذا المجتمع المحلي، يرجح ان يكون من الوزارة او اللجنة او المنظمة المسؤولة عن البرنامج وعقب المناقشات المبدئية مع الممثلين القادمين من خارج المجتمع المحلي، يتعين على المجتمع المحلي ان يقرر ما اذا كان التأهيل المجتمعي سيصبح جزءا من انشطته الانمائية الجارية، كما ينبغي ان يكون امر تقرير تحمل المسؤولية عن البرنامج من سلطة مختلف الشركاء المعنيين في المجتمع المحلي، مثل لجنة تنمية المجتمع المحلي، او منظمات الاشخاص المعوقيين، او غير ذلك من المنظمات غير الحكومية، فإذا ما قرر المجتمع المحلي بدء برنامج التأهيل المجتمعي تعين على ادارة هذا البرنامج ان توفر ما يلزم من خدمات الدعم والاحالة وقدرا كافياً من التوعية والاعداد والحشد، ومن المهم التشديد هنا على ضرورة الاعداد والتحضير على جميع المستويات.

ويمكن ان يوفر التأهيل المجتمعي وسائل الدمج الاجتماعي لجميع الافراد المعوقين في المجتمع المحلي او ان يكون اكثر محدودية في انجازاته، والامر يتوقف على كل حال على مدى التزام المجتمع المحلي وعلى موارده، وخدمات الدعم التي يتلقاها من الحكومة ومن المنظمات غير الحكومية فما يتوافر من موارد سلطة بلدية في بلد صناعي يختلف عما يتوافر في مدينة ريفية في بلد نام، وان تساوت الحكومتان في مدى التزامهما بمعاونة افراد مجتمعيهما المعوقين، كما ان الحكومتين

ستعتمدان – ولو بدرجة متفاوته – على تلقي قدر من الدعم من المستويات الادارية الاخرى ويتمثل هذا الدعم في مساعدة اعضاء المجتمع المحلي لتمكينهم من المشاركة النشطة في برنامج التأهيل المجتمعي وكما يتمثل في تقديم الدعم المباشر للأفراد المعوقين من اجل العلاج والتعليم او المعدات التي لا يمكنهم الحول عليها على مستوى المجتمع المحلي.

**تعليم الطفل المعاق حركياً**

**أولاً: مهارات ما قبل المدرسة او الروضة:**

حيث يتم تعليم المعوق حركياً في بيئته الاسرية او المدرسية من خلال برامج تربوية وتأهيلية مختلفة اما من اجل توفير تعليم اكاديمي بسيط او من اجل توفير تأهيل حركي مناسب للطفل ومن اجل توفير قدرات على التكيف مع البيئة لمحيطة ومهما كان هدف التأهيل او التدريب فيجب مراعاة مايلي او الشروط التالية:

أ– جعل امر التعليم ملك الطفل وغير اجباري مما يدفعه للتعلم بشكل اسرع ومرضي.

ب– يجب ان يساهم الطفل في تعليم ذاته بالقدر الذي يستطيع وخاصة التأهيل الحركي للتنقل.

ج– التدرج في تعليم الطفل من البسيط الى الاكثر صعوبة.

د– اظهار الاهتمام بتعليم الطفل وإشعاره بذلك.

هـ– التركيز على التعليم الشامل الذي يسعى الى تطوير قدرات الطفل العقلية والجسمية والنفسية.

**شروط المكان الذي يجب ان يتم التدريب فيه:**

١– يجب ان يكون المكان واسع ومحمي.

٢- توفر شروط السلامة في أرضية المكان.

٣- توفر مشرف في المكان.

**المهارات التي يجب ان يتدرب الطفل عليها:**

١- التدريب على الاستقلال في استخدام التواليت.

٢- التدريب على تناول السوائل.

٣- التدريب على تناول الطعام.

٤- التدريب على الاستقلال في اللباس.

٥- التدريب على المشي والتوازن.

٦- التدريب على الحواس المختلفة.

٧- تمارين الحركة.

٨- التركيز على الألعاب التربوية.

٩- التركيز على الالعاب الجماعية لايجاد فرص التعاون بين الاطفال.

١٠- تستخدم العاب لتنمية قوة الابصار والسمع.

١١- يجب ان يتوفر شروط السلامة والامن في الالعاب.

**ثانياً: مهارات المدرسة العامة او العادية:**

هنا يجب ان نعلم الطفل على:

١- كيفية التنقل من والى المدرسة وداخل المدرسة.

٢- استخدام الوسائل المساعدة اذا كان هذا ضرورياً.

٣- تعليم الطفل مهارات اكاديمية أساسية والمطلوبة منه للمدرسة العادية.

**شروط يجب توافرها في المدرسة:**

١- توفير الخبرة عند المدرسين والمدرسات الخبرة في التعامل مع الاعاقة الحركية.

٢- مرافق المدرسة (مغاسل، حمامات، درج، ساحات).

٣- توفير شروط السلامة والامن في المدرسة للمعوقين حركياً.

**أساليب التربية الخاصة في تعليم المعوقين حركياً:**

١- من خلال العزل (عزل الطفل في مراكز خاصة).

٢- من خلال العزل المراكز النهارية.

٣- الصفوف الملحقة بالمدارس العادية.

٤- الدمج.

٥- استخدام الوسائل التربوية.

٦- استخدام الخطة التربوية التعليمية الفردية.

٧- استخدام التعليم المبرمج.

**إستراتيجيات تعلم المعوق حركياً وطرق التدريس:**

لاتختلف طرق التدريس كثيراً عن العاديين وانما تختلف في تعديلات الاسلوب ويمكن النظر الى الاستراتيجيات التالية:

١- وضع خطة مناسبة لعملية التعليم فردية او جماعية.

٢- تكيف الاهداف التعليمية المناسبة لطبيعة الاعاقة.

٣- اختيار طرق التعليم المناسبة لطبيعة الاعاقة.

٤- التركيز على اسلوبين في عملية التعليم هما:

أ- اسلوب التدريس للقدرات الاكاديمية.

ب- التركيز على تدريس المهارات التدريبية مثل، التنقل والحركة واستخدام مرافق المدرسة والتعامل مع البيئة المدرسية الجديدة.

ج- استخدام استراتيجيات تعديل السلوك من حيث تحديد السلوك اساليب التعزيز وتقليل المشتتات من وسائل او اصوات.

٦- التركيز على التعليم الفردي وسط روح جماعته.

وان لتبني ممارسات التعليم المشترك انعكاسات على اعداد المناهج الدراسية، وهنا ايضاً تكتسي القضية مظهرين اساسا، اذ ينبغي اولا التعرف الى اي حد سوف يكون المنهاج الدراسي للمدرسة الابتدائية متمايزاً ليستجيب للحاجات الفردية، ثم الى أي حد سوف يتعاون مدرسوا التربية الخاصة والمدرسون (العاديون) في اعداد مناهج فردية في اطار المنهاج الشامل للمدرسة.

**تعديل البيئة الملائمة للطفل المعاق حركياً**

يحتاج الطفل المعاق حركياً الى ظروف مناسبة لطبيعة اعاقته سواء في البيت او المدرسة او الشارع ويمكن توضيح ذلك من خلال:

**اولاً: تكييف البيت او المنزل:**

وذلك اعتمادا على:

أ- نوع الاعاقة التي يعاني منها الطفل.

ب- شدة الاعاقة وعمر الطفل ومجتمعه.

ج- اعتماد الطفل على الآخرين او على نفسه.

د- الاوضاع المعيشية المحلية و العادات والتقاليد.

**جوانب تكييف المنزل:**

بغض النظر عن نوعية الاعاقة الحركية التي يعاني منها الطفل فيجب مراعاة مايلي:

١- تكييف الممر او مدخل البيت بحيث يكون من السهولة الدخول و الخروج منه.

٢- تكييف طريقة الصعود الى الطوابق الاخرى.

٣- تكيفات للمشي مثل عمل حواجز للدرج او اماكن للوقوف او الجلوس.

٤- وضع حواجز وقائية على الارض (موكيت، سجاد).

٥- تحسين نوعية الممرات من حيث الدخول والخروج (البلاط سيراميك او رخام).

٦- تكييف الطاولات والكراسي.

٧- تكييف المغاسل والحمامات بحيث يسهل استخدامه من قبل المعوقين اعاقات حركية في الاطراف السفلى من حيث الارتفاع للمغسلة ونوعية الحنفيات.

٨- تكيف احواض الغسيل والجلي والمطبخ بالنسبة للسيدات.

٩- ان تكون المكاتب مناسبة.

**ثانياً: تكييف المجتمع او الحي الذي يعيش فيه الفرد:**

١- تكييف الممرات المدرسية والمغاسل والمرافق العامة في المدرسة.

٢- تكييف الاشارات الضوئية.

٣- وضع الحواجز على الارصفة او الساحات في المدرسة والشوارع. بحيث يمنع الانزلاقات.

**ثالثاً: تكييف المواصلات:**

١- تكييف الحافلات العامة او الباصات (مصعد خاص).

٢- تكييف الامن والسلامة داخل الحافلات.

٣- ان تكون الابواب في المواصلات العامة آمنة ومغلقة آلياً.

**رابعاً: تعديل البيئة للمعاق حركياً مايسمى (بكودة البناء للمعاقين):**

١- كودة البناء: الشروط التي يجب ان يلزم بها منفذ البناء او المهندس المشرف على الابنية المختلفة ويشمل ذلك:

أ- تصميم المبنى بحيث يكون من طابق واحد.

ب- تصميم الابواب والشبابيك.

جـ- تصميم المداخل بحيث يناسب كل الاعاقات.

**خامساً: تعديل المدرسة:**

ان الترتيبات والتعديلات المساعدة تساهم بشكل فعال في تسهيل ونجاح العملية التربوية للمعوقين حركياً، بحيث تساهم بالتغلب على بعض الصعوبات سواء من ناحية المهارات الكتابية او القراءة وكذلك لايغيب عن بالنا الحواجز التي قد تحول دون توفير الفرص المساوية لغير المعوقين، لهذا لابد لنا من تدبر العوامل الفيزيائية سواء في المدرسة او الصف لنضمن نجاح العمل التربوي مع المعوقين حركياً.

**عند ترتيب غرفة الصف لابد من الاخذ بعين الاعتبار عدداً من الاعتبارات منها:**

١- ماهو نوع الغرفة الموجودة لديك.

أ- من حيث الحجم هل هي كبيرة ام صغيرة وهل يوجد هناك مكان لخزن بعض الاغراض داخل الغرفة.

ب- شكل الغرفة هل هي مستطيلة الشكل ام دائرية ام ذات شكل رباعي.

ج- الشبابيك هل هناك عدد كافي من الشبابيك في الغرفة وما هو نوع هذه الشبابيك.

٢- ماهو نوع الاثاث الموجود في الغرفة.

أ- ماهي كمية الاثاث الموجودة في الغرفة.

ب- هل النوعية ملائمة للطلاب ام لا.

جـ- هل يمكن تكييف بعض قطع الاثاث كي تناسب الطلاب المعوقين.

٣- ماهو نوع الطلاب الموجودين في الصف.

أ- هل هم بحاجة الى بعض التجهيزات الاضافية.

ب- هل لديهم اعاقات حسية.

جـ- هل يوجد من يقوم بمهارات العناية الذاتية، باستقلالية وهل هناك حاجة لوجود تواليت داخل غرفة الصف.

هل هناك حالات متشابهة من الاعاقة داخل الصف ويبدو واضحاً بأن الطريقة التي ينظم بها الصف تعتمد على :

اولاً: نوع الطلاب الموجودين داخل الصف.

ثانياً: عدد الطلاب داخل غرفة الصف.

وللأطفال الذين لايستطيعون الحركة يجب ان يراعى وجود مساحات مفتوحة وذلك لامكانية مرونة الحركة للتجهيزات الذي لابد من مراعاة الاعتبارات التالية عند تصميم غرفة الصف بحيث تكون مرتبة بالشكل التالي:

١- بحيث تسمح للغالبية باستخدام الفراغات المتوفرة بالغرفة.

٢- بحيث تعمل على زيادة الخبرات المتنوعة عند الطلاب.

٣- بحيث تسمح للطلاب بالانتقال من نشاط الى الذي يليه بحرية، ومن التصاميم المقترحة لغرفة الصف، التصميم الذي اقترحه بيتر لغرفة صف تتسع لست طلاب معوقين حركياً ومعلم مساعد حسب المناطق التالية:

أ- منطقة الحركة (تستخدم لكافة النشاطات تحتاج لحصيرة، وسادة اسطوانية، كرسي عجلات).

ب- منطقة ممارسة النشاطات الحياتية اليومية.(لتشمل برنامج مهارات استخدام التواليت أوارتداء الملابس).

جـ- المنطقة الحسية.(لممارسة النشاطات وتقسم الى مناطق سمعية، لمسية، بصرية).

د- المكتب.(يمكن ان يوضع في هذا الجزء ما يتعلق بشؤون الطلاب).

**اختيار التجهيزات:**

الادوات والتجهيزات الخاصة هي مساعدة تقنية صممت ووضعت خصيصاً لمواجهة الحاجات الفردية للاطفال المعوقين وهذا التكييف يجب ان يناسب الحركة والموقع والاتصال ونشاطات الحياة اليومية للمعوقين حركياً.

وان تصميم هذه الادوات والمواد تعد مسؤولية فريق متكامل(الطبيب، المعالج الطبيعي، الطبيب النفسي، المعالج المهني، المعالج النطقي، الاخصائي الاجتماعي، المعلم والاهل والطالب).

والخطوات العريضة التالية قد تساعد الفريق في اتخاذ قراراته:

**١- حالة الوظائف الحيوية :**

أ- التنفس.

ب- مستوى الطاقة عند المعوق.

جـ- غياب الالم.

د- وجود النوبات.

هـ- الحالة الصحية بشكل عام.

**٢- المقدرة الجسدية:**

أ- المظهر الجسمي العام.

ب- مستوى التطور الحركي.

ج- التأزر.

د- التوازن.

**٣- القدرات الوظيفية:**

أ- المقدرة العقلية في نشاطات الحياة اليومية.

ب- المقدرة على التنقل.

ج- المقدرة على الاتصال.

**٤- القدرة المعرفية:**

أ- مستوى الذكاء.

ب- الشمولية والتعاون.

**٥- القدرة النفسية الاجتماعية:**

أ- العلاقة مع المرشدين.

ب- مفهوم الذات.

جـ- الاتجاهات وردود الفعل نحو سلوكات الآخرين.

**٦- الاعتبارات البيئية (البيت، المدرسة، المجتمع):**

أ- امكانية الوصول الى المباني.

ب- مدى امكانية أستخدام الاثاث.

ج- امكانية التعديل في التجهيزات.

**المساعدات التعليمية والاكاديمية:**

قبل الخوض في المساعدات الفنية التي تساعد على القراءة والكتابة لابد من تكييف وتعديل المقاعد والطاولات في غرفة الصف حسب الحاجة بما يتناسب مع الاعاقة وحاجات المعوقين، بحيث تكون هذه المقاعد ثابته ومتينه وذات ارتفاع يناسب احجام الطلبة ويمكن مراعاة الامور التالية عند اعتماد المقاعد الملائمة للطلاب:

١- يجب ان يكون هناك مسافة مابين سطوح المقاعد وركبة الطالب تقدر بـ٣-٤سم.

٢- تكييف ارتفاع المقعد بما يناسب الطلاب الذين يستخدمون الكراسي المتحركة.

٣- يمكن ان تكون سطوح المقاعد بحيث تمنع الانزلاق لمساعدة الطلاب الذين يظهرون اختلافاً وصعوبة في التآزر البصري الدقيق سيطرة محدودة على الذراعين.

ويمكن ان يكون هناك بدائل للمقاعد والطاولات بحيث تصمم هذه البدائل بشكل يناسب الطلبة الذين لايستطيعون الجلوس وكذلك من البدائل ما يمكنها ان تساعد الطالب بالعمل وهو بوضع الجلوس او الوقوف المدعوم.

وفي الفصل الرابع عشر توضيح للوسائل المساعدة للقراءة والكتابة.

## التدريب والتشغيل

### التدريب المهني Vocational Training

يمثل التدريب المهني احدى الطرق التي يمكن بها مساعدة شخص معوق على الانخراط في الحياة العملية من جديد، وهو لايمثل غاية في حد ذاته وانما وسيلة لتحقيق غاية وهذه الغاية هي حصول الشخص المعني على عمل مناسب.

**المبادىء الأساسية للتدريب المهني:**

١- اذا امكن تشغيل شخص معوق في عمل مناسب دون تدريب فإن التدريب المهني لن يكون ضرورياً في هذه الحالة.

٢- يجب ان تطبق على الاشخاص المعوقين نفس مبادىء واجراءات وطرائق التدريب المهني التي تطبق على الافراد الاصحاء في حدود ما تسمح به الشروط الصحية والتعليمية.

٣- يجب ان يستمر هذا التدريب الى ان يحصل الشخص المعوق على المهارة الضرورية للعمل بصورة طبيعية وفي ظروف مساوية لتلك التي يعمل بها الأصحاء.

٤- يجب ان يتلقى المعوقون التدريب برفقة الاشخاص الاصحاء وبنفس الشروط المطبقة عليهم كلما كان ذلك ممكناً.

٥- يجب عمل ترتيبات خاصة من اجل المعوقين الذين يستطيعون تلقي التدريب برفقة لاشخاص الاصحاء بسبب طبيعة الاعاقة المصابين بها.

٦- تضيع فائدة التدريب هباء مالم يفض الى تشغيل المعوقين في المهنة التي دربوا عليها او في حرفة مشابهة.

**تخطيط برنامج التدريب المهني:**

يجب ان يكون التدريب مجارياً لمتطلبات سوق العمل وان يكون المتدربون متأكدين من انهم سيقبلون من حيث المبدأ كأفراد صالحين للاستخدام ووسائل تحقيق ذلك هي نفس الوسائل التي يلجأ اليها عند تخطيط التدريب المهني للأصحاء وهي:

١- دراسة المعلومات المتعلقة بسوق العمل.

٢- السعي الى التعاون مع منظمات اصحاب العمل والعمال في وضع السياسة العامة للتدريب المهني.

**الأساليب الفعالة التي ينصح باستخدامها في تدريب المعوقين هي:**

١- اعطاء وصف عام للعمل مع تجنب التفاصيل الدقيقة.

٢- ايضاح خطوات العمل على ان يتم ذلك مرة بنفس سرعة الانتاج ومرة اخرى بالسرعة البطيئة التي تتيح للمعوق متابعة وفهم خطوات العمل الضرورية.

٣- ترك المعوق للقيام بالعمل بنفسه وتحت اشراف المدرب.

٤- تصحيح لاخطاء عن طريق الاقتراح والتوضيح.

٥- المراقبة المستمرة في المحاولات الاولى واللاحقة لمنع تكون عادات عمل خاطئة.

٦- التدرج في طلب القيام بأعمال ومهارات اكثر جودة وتعقيداً بعد ان يكون قد اتقن المهارات التي تسبق ذلك.

**تقنيات وطرائق اخرى للتدريب:**

١- يجب ان يجري التدريب بطريقة جدية فعالة وفي ظروف مماثلة ما امكن من ظروف العمل في الصناعة او التجارة وهو يقتضي انضباطاً خاصاً.

٢- يجب ان تكون ساعات التدريب مماثلة لساعات العمل اليومية العادية.

٣- يجب اعداد برنامج التدريب الخاص بكل حرفة او مهنة بطريقة مفصلة وبالتعاون مع ممثلي اصحاب العمل والعمال، على ان يكون ذلك على اساس تحليلي منهجي للعمليات والمهارات والمعارف ولعوامل الامن ايضاً.

٤- يجب الإتفاق على المدة المعتادة لكل نوع من دورات التدريب وبالتشاور مع ممثلي اصحاب العمل والعمال ومع مراعاة مايلي:

أ- مستوى المهارة التي يتعين بلوغه.

ب- ضرورة اعداد العمال بأسرع ما يمكن للعمل المنتج.

٥- يجب كلما امكن ان يركز التدريب على العمل المنتج بدلاً من تركيزه على التمارين العملية.

٦- يمكن قبول المتدربين فرادى او في مجموعات صغيرة او بصورة جماعية وفقاً لما تمليه ظروف التدريب والتشغيل، وينبغي ان يقرر ذلك باتفاق اصحاب العمل والعمال بالنسبة كل نوع من التدريب.

٧- يجب ان تتخذ ترتيبات مناسبة من اجل تقديم اي تدريب نظري او اضافي لا يمكن توفيره اثناء الدورة نفسها دون ان يتكبد المتدربون اي تكلفة مالية.

٨- يجب ان يكون هناك اشراف كامل على المتدربين.

٩- قد يكون اللجوء الى طرائق وتقنيات خاصة ضرورياً بالنسبة الى فئات معينه من المعوقين.

١٠- يجب اتخاذ ترتيبات للإشراف الطبي الضروري اثناء مدة التدريب.

**التنظيم الإداري لبرنامج التدريب:**

يمثل التدريب المهني اكثر العناصر تكلفة في اي برنامج للتأهيل المهني، ومن ثم فإنه يقتضي دعماً مالياً مضموناً وكافياً.

وقد أظهرت التجربة في البلدان النامية ضرورة ان يلقى التدريب من الحكومات كل مساعدة ودعم، كذلك مساعدة هيئات الضمان الاجتماعي.

وينبغي لمخططات التدريب الخاصة بالمعوقين ان تدمج في البرنامج الوطني للصحه والتعليم والتدريب.

ومن الضروري ان تقدم المساعدات المالية وغيرها من أشكال المساعدة حتى يتمكن المعوقون من الافادة بصورة كاملة من وسائل التأهيل المهني المهيأة لهم.

وبعد استكمال التدريب يمكن تيسير مزاولة المعوق من جديد للمهنة التي درب من اجلها عن طريق تزويده باعانة ماليه وبما يلزم من عدد وأدوات.

**تشغيل المعوقين المتدربين ومتابعتهم:**

اذا ما كان للتدريب ان يكون مفيداً، فلابد له من ان يكون جزءاً من برنامج منسق للتأهيل المهني ومن ثم ان يفضي الى تعيين انتقائي في المهنة التي تم التدريب عليها.

وينبغي ان يكون هناك نظام ما لمتابعة المتدربين من اجل التحقق من انهم يواصلون مزاولة المهنة التي تدربوا عليها.

اذن الهدف الأسمى من اي برنامج للتأهيل المهني هو تشغيل الأشخاص المعوقين، ويتحقق ذلك عادة عن طريق التعيين الانتقائي.

**التعيين الانتقائي:**

يقتضي التعيين الانتقائي للمعوقين اللجوء الى جميع الخدمات والوسائل المكفولة للأصحاء، ولكن بعد تكييفها حسب الاقتضاء مع احتياجات كل شخص معوق التي ينبغي معرفتها وتقييمها بدقة، ويمثل التعيين الخطوة التالية بعد التقييم والتوجيه المهني والتدريب المهني وهو يشتمل على ثلاث عمليات متميزة:

- معرفة الخصائص الشخصية للعامل.

- معرفة خصائص العمل الذي سيزاوله.

- التحقق من ملائمة العامل للعمل الذي سيعين له.

**المبادىء الأساسية التي يجب مراعاتها عند تشغيل شخص معوق:**

١- يجب ان يكون في مقدور المعوق مواجهة المقتضيات الجسمانية للوظيفة مع ادخالات قد تكون ضرورية وممكنه.

٢- يجب ان يكون الهدف هو تشغيل الشخص المعوق في عمل يمكن له فيه استخدام ما تبقى لديه من قدرات (اي الذكاء، وما احرزه من تعليم وما يملكه من مؤهلات ومهارات) استخداماً تاماً.

٣- يجب الا يمثل الشخص المعوق خطراً ما على نفسه.

٤- يجب الا يعرض الشخص المعوق سلامة الآخرين للخطر.

٥- يجب ان يكون تشغيل الشخص المعوق هو النتيجة المنطقية لاي برنامج للتأهيل المهني.

٦- يجب على المسؤول عن التعيين ان يتجنب التفكير في تخصيص أشغال محددة لمجموعات محددة من المعوقين.

٧- يجب ان يولي موقع العمل وظروفه وبيئته نفس الاهمية التي تولي للعمل ذاته.

٨- يجب تفادي التفرقة بين المعوقين وغيرهم من العمال اثناء العمل ما امكن ذلك.

٩- يجب ان يقوم تشغيل المعوق في عمل ما قائماً على أساس مناسبته لهذا العمل، لاان يكون نابعاً عن التعاطف معه.

١٠- تقتضي التقاليد الطبية عادة ان تعد المعلومات الطبية سرية، وان يخبر

صاحب العمل بعبارات عامة بأي قيود تحد من قدرة الشخص المعوق على العمل وبأي مخاطر قد يتعرض لها بسبب عاهته.

**العوامل الخاصة التي يجب ان تؤخذ بعين الإعتبار في تشغيل المعوقين:**

أ- عوامل تتعلق بالمعوق نفسه.

١- درجة او شدة الاعاقة.

٢- سبب وزمن حدوث الإعاقة.

٣- درجة التكيف مع الاعاقة والعمل.

٤- القدرات العقلية والجسمية والعملية المتبقية.

٥- التشخيص الطبي والمهني.

٦- نوع التدريب الذي تلقاه ومستوى هذا التدريب.

ب- عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة بالمعوق:

١- بعد البيت عن مكان العمل ووسائل المواصلات.

٢- ظروف الاسرة ونظرتها الى المعوق وعمله.

٣- اتجاهات اصحاب العمل والعمال نحو المعوق وعمله.

٤- تنظيم العمل في المؤسسة وامكانية استيعاب المعوقين في هذا التنظيم.

٥- ظروف العمل في المؤسسة.

٦- امكانيات التدريب اثناء العمل.

٧- طبيعة القوانين والتشريعات التي تحكم تشغيل المعوقين.

**انواع التشغيل فهي:**

١- التشغيل الإلزامي: هذا النوع من التشغيل يتطلب تشريعاً خاصاً من

الدولة ويجبر المؤسسات سواء العامة منها او الخاصة بتحديد نسبة معينه من شواغرها للمعوقين.

٢- التشغيل المحمي: هذا النوع من التشغيل يقتصر غالباً على المعوقين شديدي الاعاقة والذين لاتمكنهم اعاقتهم من التدريب على مهنة او الاستفادة الفعلية بشكل يحقق لهم امكانيات لاستقلال الذاتي ومتابعة العمل.

٣- التشغيل الإختياري: هذا النوع الاكثر توافراً في اكثر المجتمعات وهو في جوهرة خاضع لاتجاهات ومواقف اصحاب العمل والقائمين على المؤسسات نحو المعوقين حيث يتم تشغيل المعوقين بناء على قناعات هؤلاء في قدرة المعوق على العمل او لاسباب انسانية او غير ذلك.

وتشغيل المعوقين قد يواجه صعوبات بالرغم من تدريبهم وقدرتهم على اداء المهمات والاعمال التي تتطلبها الوظائف او المهن التي يمكنهم الاشتغال بها وقد تأتي هذه الصعوبات من احد المصادر التالية:

١- موقف المجتمع واتجاهاته نحو المعوقين.

٢- الظروف الإقتصادية السائدة في البيئة المحيطة.

٣- مواقف نقابات العمال ومكاتب الاستخدام من توظيف المعوقين.

٤- موقف اصحاب العمل والعمال الاسوياء من المعوقين.

٥- موقف المعوق نفسه وموقف اسرته من العمل.

**التشغيل المحمي:**

مفهوم المشاغل المحمية يستعمل ليدل على المشاغل التي يعمل بها المعوقون بمختلف فئاتهم ويكون من أهدافها الرئيسية ما يلي:

١- توفير عمل مثمر لاولئك المعوقين الذين لا يستطيعون العمل تحت ظروف عادية والقيام بعمل تنافسي متكافىء.

٢- توفير خدمات التقييم المهني للقدرات العملية في بداية الفترة الاولى من العمل بالإضافة الى تدريب مهني اثناء العمل.

وتشكل المشاغل المحمية مكاناً يزاول فيه بعض المعوقين عملاً انتقالياً بمعنى انهم يعملون فيها لفترة محدودة بغرض التدريب والتكيف ومن ثم ينتقلون للعمل في السوق المفتوحة اذا وجد انهم قادرون على ذلك اما الاشراف على هذه المشاغل فغالباً ما تتولاه الدولة او المؤسسات التطوعية.

**ويأخذ الإشراف على هذه المشاغل ورعايتها أشكالاً متعددة منها:**

١- اعفاء انتاج المشاغل المحمية من الضرائب او تخفيضها.

٢- وقف انتاج بعض السلع على المشاغل المحمية فقط ومنع انتاجها من قبل مؤسسات اخرى.

٣- إعفاء وسائل الانتاج والمواد الخام اللازمة للمشاغل المحمية من الرسوم الجمركية.

٤- توفير وتقديم عقود عمل طويلة الاجل للتصنيع في المشاغل المحمية.

٥- تقديم المنح والقروض والتسهيلات المصرفية التي تساعد في دعم مشاريع هذه المشاغل.

**يأخذ تنظيم المشاغل المحمية احد ثلاثة أشكال:**

١- وحدات عمل محمية في مؤسسات العمل العادية كالمصانع الكبيرة مثلاً حيث تخصص وحدة عمل معينة في المصنع تقوم بإنتاج او تجميع بعض المنتوجات الصناعية المحددة في المصنع ويعمل فيها المعوقون فقط.

٢- المشاغل او الورش المحمية المستقلة التي تقتصر على المعوقين فقط ولاتكون مرتبطة بمصنع او مؤسسة تجارية او صناعية.

٣- المشاغل الخاصة حيث يقوم بعض المعوقين بإنشاء المشاريع البسيطة في بيوتهم والعمل لحسابهم الخاص ضمن اطار الأسرة والمنزل.

**المتابعة:**

تعتبر متابعة المعوق في مجال الاسرة والعمل والحياة العامة نهاية عمليات التأهيل وهي جزء هام منها نظراً لانها المقياس العملي الذي يبين مدى نجاح التأهيل وفي مجال التأهيل المهني بالذات فإن المقصود بالمتابعة مراقبة المعوق بين حين وآخر والتأكد من استقراره في العمل ومدى تقدمه ومستوى الأداء الذي وصل اليه في سوق العمل المفتوح ومن تكيفه مع العمل والعمال وصاحب العمل.

النواحي التي يتم التأكيد عليها في هذه المتابعة هي:

١- التأكد من توافق المعوق مهنياً كما كان متوقعاً عند التشغيل.

٢- التأكد من قدرة المعوق على مواجهة ظروف العمل من الناحية الجسمية.

٣- متابعة المعوق من حيث استكمال العلاج او الملاحظة الطبية.

٤- التأكد من نتائج الخدمات النفسية والإجتماعية في مساعدة المعوق على التكيف المناسب.

٥- تحويل المعوق الى مكان عمل آخر او غير ذلك من الاجراءات اذا ما تبين عدم تكيفه مع المهنة او ظروف العمل.

تتم المتابعة من قبل الاخصائي الاجتماعي او اخصائي التشغيل او المرشد النفسي.

# الوحدة الثامنة

## دمج المعاقين حركياً

-تعريف الدمج.

-اهدافهُ.

-اشكاله.

-شروطه.

-الدمج في العمل.

-دور المنظمات العالمية في رعاية المعوقين حركياً.

## دمج المعاقين حركياً

**تعريف الدمج:**

هناك كثير من الباحثين قد عرفوا الدمج ومن هذه التعريفات:

تعريHeadstartللدمج على أنه التجانس أو الدمج الاجتماعي أو التربوي للاطفال المعوقين مع الاطفال الغير معوقين في صفوف المدرسة العادية وذلك لتوفير الفرصة لمشاركة الاطفال المعوقين مع الاطفال الغير معوقين في المواقف المتشابهة للحياة.

أما كوفمان ١٩٧٨ Kauffman فقد عرّف الدمج بأنه احد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة والتي تهدف الى وضع الاطفال المعوقين والمؤهلين للاستفادة مع الاطفال الغير معوقين في صفوف المدرسة العادية، وذلك بتصميم وتخطيط تربوي منظم ومبرمج، وموضحة فيه المسؤوليات للقائمين على تعليم الاطفال العاديين والمعوقين.

اما تيرنبل ١٩٨٢ Turnball فقد عرف الدمج بأنه التكامل الاجتماعي و التعلمي للاطفال المعوقين والاطفال الغير معوقين في الصفوف العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الاقل.

كذلك الدمج هو وضع الاطفال المعاقين حركياً بشكل جزئي أو بشكل كلي، وذلك من خلال اتباع اسس محددة يتم مراعاتها من حيث الاعاقة وطبيعة القدرات.

**أهداف مشروع الدمج:**

هناك هدفين اساسين لمشروع الدمج:

١ -أن يسمح للطلبة الذين يلتحقون بالمدارس الخاصة ليكونوا مندمجين ضمن المدارس العادية ومساعدتهم في تطوير قدراتهم التعلمية.

٢ –تمكين المدارس العادية من خلال المساعدة والتسهيلات الاضافية من تنفيذ المشروع والتعامل مع المشكلات التي قد يعاني منها ما نسبته ١٥ – ٢٠٪ من الطلاب في المدارس.

إن مشروع الدمج ليس محاولة دمج الطلاب المعوقين حركياً في مدارس عادية فقط بل هو محاولة لتغير المدارس العادية وتشجيعها لتبنّي اساليب اكثر تطوراً أو اكثر حساسية وتمكينها من تقديم هذه الاساليب الى الغالبية العظمى من الاطفال.

عدا عن ذلك فقد كان واضحاً حسب اولياء الامور والمهنيين والرأي العام أن وجود الاطفال المعوقين في الصفوف العادية هو من اكثر الجوانب اثارة للجدل.

لا يفهم الدمج على أنه مجرد حضور الطلاب المعوقين في الصفوف بل كمحاولة لمساعدة الاطفال المعوقين حركياً من اجل أن يتطوروا اجتماعياً، وعقلياً، وشخصياً من خلال الاتصال والتفاعل مع اقرانهم الآخرين، وعدا عن توفير الموارد والمصادر الضرورية لتعزيز الانتباه لهؤلاء الطلاب فإن من الضروري بمكان احداث تغير في تنظيم المدرسة والمنهاج وطرائق التعليم وكنتيجة فإنه تغير من نظام يعتمد التجانس والمنهاج الموحد ونظام التقويم الواحد الى نظام يعتمد على تباين التلاميذ وتنويع المنهاج والمرونة في تجميع الطلبة وتقويمهم.

ومما لا شك أن الدمج فضلاً على أنه حق لكل طفل معوق لاحتياجاته كأي طفل من غير المعوقين فهو عملية اقتصادية تؤدي الى تخفيض النفقات التي تصرف على احداث المدارس والمؤسسات الخاصة والمنفصلة.

وقد اشارت دراسة قام بها د. زيدان وسرطاوي وجرار عام ١٩٨٨ حول اراء المعلمين والمديرين في مدينة الرياض وحول انماط الخدمة التربوية المناسبة للمعوقين ودمجهم وكانت النتائج تشير الى أن ما يقرب من ثلث افراد العينة رأوا من

المناسب تقديم الخدمات التربوية التي تدخل ضمن مفهوم الدمج والمتمثلة بالصف الخاص ضمن المدارس العادية، غرفة المصادر والدمج التام في الصف العادي للاطفال المعوقين وذلك بنسبة ٣١,٨٪ للمعوقين حركياً.

**اشكال الدمج:**

للدمج اشكال متعددة منها:

١ -الدمج المكاني: يقصد به أن يوضع الاطفال المعوقين لتعليمهم مع الاطفال العاديين في الصفوف العادية، أو وضعهم في صفوف ملحقة في البناء المدرسي العادي.

٢ -الدمج الاجتماعي: يمكن اشراك المعوقين في النشاطات الترفيهية اللعب والحفلات.

٣ -الدمج الوظيفي: وهو تقليل المسافه بين الطلاب المعوقين والعاديين وذلك باستخدام نفس الادوات، وباعطاء نفس المنهاج أو اجزاء منه.

٤ -الدمج المجتمعي: أن يتم دمج الافراد المعوقين في المجتمع بعد أن يتم تأهيلهم للعمل والاعتماد على انفسهم لتلبية حاجاتهم.

**آراء المؤيدين للدمج- فوائد الدمج:**

١ -توفير الجهود المبذولة.

٢ -توفير النفقات.

٣ -زيادة مفهوم الذات عند المعوقين.

٤ -زيادة اعداد المستفيدين من الخدمات الاكاديمية.

٥ -توفير الاجهزة والادوات اللازمة في عملية الدمج.

٦ –تخليص الطفل واسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلقها وجوده في مدرسة خاصة.

٧ –التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الاطفال انفسهم.

**آراء المعارضين للدمج– الجوانب السلبية:**

١ –زيادة الهوة بين الاطفال العاديين والمعوقين.

٢ –حرمان المعوقين من العناية الخاصة.

٣ –زيادة عزلة المعوقين.

٤ –عدم وجود مختصصين بدرجة كافية يساعدون في عملية الدمج.

٥ –قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الطالب وبالتالي يقلل من الدافعية وتدعيم المفهوم السلبي بالذات.

**مبررات الدمج:**

١ –زيادة عزلة اسرة الاطفال المعوقين.

٢ –من اجل تغير اتجاهات الناس.

٣ –زيادة عدد المعوقين.

**شروط يجب مراعاتها للتخطيط لعملية الدمج:**

١ –اختيار المدرسة بشكل صحيح.

٢ –التعامل مع اولياء الامور.

٣ –التشخيص والقياس للاعاقة.

**اسس يجب مراعاتها عند اعداد المعوقين للدمج**

١ –أن يكون المعوق في نفس المرحلة العمرية.

٢ –أن يكون المعوق من سكان البيئة المدرسية.

٣ –أن لايكون هناك اعاقة اخرى لدى المعوق (عدم وجود ازدواج اعاقة).

٤ – أن يكون المعوق قادراً للاعتماد على نفسه.

٥ –أن يتم اختياره من قبل لجنة.

**الدمج في المدارس والحياة العامة:**

لا يعاني معظم المعوقين حركياً من مشكلات العزلة كما هو موجود عند باقي الاعاقات كونهم يتمتعون بقدرات عقلية ومشية عادية في الغالب، ومع ذلك فإن هناك صعوبة في دمج بعض المعوقين حركياً ويتم ذلك من خلال الدمج الكلي أو الدمج الجزئي.

يجب مراعاة ما يلي في عملية الدمج للمعوقين حركياً:

١ –الوصول الى المدرسة.

٢ –التحرك في المدرسة.

٣ –فهم المعلمين العاديين للاعاقة.

٤ –المتابعة والاستمتاع.

٥ –مشاكل النطق.

٦ –النوبات الصرعية.

٧ –مشاكل الكتابة بالدرس أو الامتحانات.

**كيفية مساعدة المعلمين على تخطي مشكلات الدمج:**

١ –من خلال الدورات التدريبية للمعلمين.

٢ –من خلال معرفة المصادر الموجودة في المدرسة.

٣ –تكييف بناء المدرسة.

٤ –وضعهم في صفوف خاصة.

٥ –استخدام المعينات الحركية مثل الكراسي المتحركة، العكازات، استخدام بعض الادوات لتقليب الصفحات.

**الاسس التي يجب مراعاتها في المدرسة:**

١ –مراعاة كوادر البناء.

٢ –الموقع السليم.

٣ –أن تكون الساحات واسعة.

٤ –أن تكون المدرسة قريبة من منازل الاطفال.

**الاسس التي يجب مراعاتها في معلم المدرسة:**

١ –الرغبة في العمل مع المعوقين وتقبل المعوقين.

٢ –القدرة على تدريب المعوق على المهارات الاساسية مثل العناية بالذات.

٣ –التخصيص والقدرة على تعليم الاطفال والاشراف عليهم.

٤ –الخبرة والقدرة على استعمال الادوات الصناعية المساعدة مثل الكراسي المتحركة، العكازات.

٥ –القدرة على التفاعل مع المعوق حركياً.

٦ –المام المعلم بطرق واساليب تعليم المعوقين واساليب تعديل السلوك.

**الاسس التي يجب مراعاتها في عملية الدمج:**

١ –اعداد السجلات بشكل مناسب.

٢ –تحديد الفترة الزمنية للدمج.

٣ –تحديد طبيعة الدمج.

٤ –تحديد الاهداف.

٥ –اعداد المعلمين.

**–الادماج في العمل:**

أن اي شخص عانى مرضا طالت مدته يعرف كم هو سهل أن يكتسب عادة البقاء دون عمل اي شيء، ويمكن أن يصدق ذلك على الاشخاص المعوقين الذين مروا بفترة بطالة طويلة أو من لم يعمل منهم من قبل على الاطلاق، وحتى اولئك الذين يمكن الحاقهم بعمل دون أن يكونوا قد تلقوا دورة تأهيل خاصة– وهذا ما يحدث في الواقع بالنسبة لكثير من المعوقين، كثيراً ما يكونون في حاجة الى فترة يقبلون على العمل وقد لا يستطيعون اظهار كل ما لديهم من قدرات دفعة واحدة، ومن ثم يمكن لاصحاب العمل مساعدة هؤلاء خلال هذه الفترة الاولى بمحاولة تذليل اي صعوبات تواجههم، مع تجنب المبالغة في معاملتهم بالقدر الضروري فقط الذي قد يحتاجون اليه، دون أن يبالغوا في الاهتمام أو في العناية بهم، وبابداء استعدادتهم لتقبلهم على اساس جدارتهم، دون اظهار اي تشكك في قدرتهم أو تخوف من عاهتهم.

ويمكن أن تبرز ايضا مسألة تزويد الشخص المعوق بادوات خاصة تيسر له اداء عمله حتى لو لم تكن الحاجة الى هذه الادوات قد اقرت قبل أن يبدأ العمل.

**تشريع العمل:**

إن لنشاط منظمة العمل الدولية في مجال وضع المعايير أثر على اعداد تشريعات العمل في كثير من البلدان في العالم، فقد اسدت المنظمة مشورتها المبنية

على الخبرة للبلدان الكثيرة التي طلبتها، ذلك اما بصورة مباشرة أو من خلال ارسال خبراء التعاون التقني الى هذه البلدان، لمساعدتها على وضع أو تحسين تشريعات العمل فيما يتعلق بمواضيع منها علاقة العمل الفردية (بما فيها سلامة العمل، وظروف العمل والمعيشة، والسلامة والصحة وحق التنظيم، وعلاقات العمل، ومحاكم العمل، وادارة العمل.

وعند اسداء هذه المشورة، تضع منظمة العمل الدولية في اعتبارها معايير العمل الدولية ذات الصلة، وخاصة الاتفاقيات التي صدقها البلد المعني، وكذلك المشورة لكثير من البلدان في جميع انحاء العالم.

**دور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين:**

لقد دلت احصائيات صدرت عن منظمات متخصصة في الامم المتحدة أن هناك واحدا من بين عشرة اشخاص من سكان العالم مصاباً بشكل أو بآخر بتعوق عقلي أو جسدي ويقدر عدد هؤلاء باكثر من ٥٠٠ مليون شخص.

وعلى الرغم من الانسان في العالم مشغول بمشاكله السياسية والاقتصادية وغيرها الا أن ذلك لم ينسه اهمية رعاية هذه الفئة من الناس حيث أن الظروف تجرفهم وتحصرهم في زاوية معينة في هذا العالم.

وقد ظهرت وتأسست العديد من المنظمات في البلدان مهمتها التعبير عن كفاح المعوقين في سبيل تحسين اوضاعهم والحصول على حقوقهم وقد استطاع المعوقون في تلك البلدان من التعبير عن وجهات نظرهم واحتياجاتهم في مختلف النواحي كما تقدم تلك المنظمات الحلول النموذجية التي تحل مشاكل المعوقين في العالم دون تحديد، وقد كانت هيئة الامم المتحدة على رأس هذه الهيئات وكذلك للمنظمات المتفرعة منها منظمة اليونسكو منظمة الصحة العالمية –منظمة الاغذية والزراعة– منظمة اليونيسف ومنظمة العمل الدولية دور بارز في هذا المجال.

ويلاحظ أن المنظمات والهيئات والاتحادات تتعاون في سبيل تذليل العقبات امام هذه الفئة وتسهيل دمجهم في المجتمع، وقد سعت جميعها الى تحقيق الاهداف العامة وهي:

١ -زيادة الجهود على الصعيد الدولي للحد من سوء التغذية وقلة الغذاء لا سيما بين الاطفال.

٢ -زيادة الجهود في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية الاولية في جميع المجتمعات.

٣ -العمل على توسيع برامج التحصين ضد الامراض وخصوصاً امراض الطفولة والعمل على القضاء على شلل الاطفال.

٤ -دعم الجهود التي تبذلها المنظمات العربية والدولية لانشاء مراكز اقليمية لاعداد الكوادر الفنية المتخصصة على مختلف المستويات للعمل في مجال خدمات المعوقين.

٥ -تشجيع الجامعات ومراكز البحوث الاجتماعية والتربوية والصحية والقانونية وغيرها من المؤسسات على اجراء البحوث التي تكشف عن اسباب التعوق ومظاهره ووسائل علاجه والعمل على نشرها وتبادلها بين الاقطار العربية.

٦ -تخصيص يوم من كل عام ليكون يوماً عربياً للمعوقين.

٧ -التأكيد على دعم المؤسسات التي تعنى برعاية المعوقين وتأهيلهم وتشغيلهم وتقديم المعونات المالية واعداد الكوادر العاملة في خدمات المعوقين.

٨ -العمل على تكوين الجمعيات والاتحادات الوطنية المتخصصة للمعوقين.

٩ -مناشدة الدول العربية العمل على تقديم الدعم المالي للاسهام في صندوق الامم المتحدة الخاص بالمعوقين حتى تتمكن المنظمة الدولية من تقديم المعونة الفنية اللازمة لرعاية المعوقين.

١٠ –مناشدة الهيئات الدولية أن تكون السنة الدولية للمعوقين هي بداية العمل المنظم في توفير الرعاية الكافية لهذه الفئة.

**لائحة حقوق الطفل العالمية:**

اول حق للمعوق الا يكون معوقاً، بمعنى أن اهم شيء هو استخدام كافة الوسائل المتاحة لمنع حدوث العجز، سواء كان العجز جسمانياً أو حسياً.

**مبادئ الميثاق العالمي للاطفال:**

١ –حق الطفل في الاسم المناسب.

٢ –الحق في النسب.

٣ –الحق في المسكن والطعام والشراب.

٤ –أن يتمتع المعوق بجميع الحقوق السابقة دون استثناء أو دون تميز بسبب التفرقة العنصرية أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الديانة أو الاراء السياسية أو الاجتماعية.

٥ –أن يتمتع بالعناية الصحية والوقاية من الامراض وعناية خاصة بالقانون حتى يستطيع أن ينمو نمواً جسمياً واخلاقياً وحسياً وعقلياً واجتماعياً.

٦ –الحق في الجنسية.

٧ –الحق في التعليم والتحصيل العلمي.

٨ –الحق في أن يعيش في اسرة ترعاه وتشرف عليه.

٩ –الحق في المعونة والدعم المادي.

١٠ –الحق في الحماية من الاستغلال.

**اتفاقيات حقوق الطفل:**

**الجزء الاول**: يتألف من ٤٩ مادة اصدرتها الجمعية العامة للامم المتحدة عام ١٩٨٩ وتتعلق في حماية الطفل والحق في النمو والغذاء والتعليم.

**الجزء الثاني**: يتكون من ثلاث مواد لتنفيذ المواد السابقة من قبل الدول المشاركة في الامم المتحدة وكيفية عقد الاتفاقيات فيما بينهم.

**الجزء الثالث**: يشمل آلية تنفيذ المواد السابقة.

**لماذا وكيف كرس عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعاقين؟؟**

كان الانسان المعاق والى عهد ليس بالبعيد، انساناً مجهولاً، جهلنا عنه الكثير، وبالتالي تهيبنا منه وحاولنا تناسي وجوده في حياتنا، وحاولنا دفن صوت الضمير فينا عند مدى مسؤوليتنا تجاهه.

ولكن الانسان المعاق نفسه لم يدعنا ننجح في نسيانه، من خلال اصراره على استغلال ما منحه الله من قدرات، متخطياً تلك التي ولد من دونها أو فقدانها فيما بعد، استطاع ذلك الانسان أن يتفوق على عجزه ويبرز في اكثر من مجال، العلم، الفن، الأدب.. ولكن نسبة هؤلاء ضئيلة أمام الملايين التي ما زالت تبحث عن منفذ للحياة الانسانية الكريمة.

وبدأت المجتمعات في السنوات الاخيرة تعترف بظاهرة الاعاقة كمشكلة انسانية لا يمكن علاجها الا على مستوى السياسات الاجتماعية العليا لكل مجتمع منفرد، ولكل المجتمعات كاعضاء في المجتمع الاكبر، مجتمع الانسانية، وتمخضا عن هذا الادراك العالمي قررت هيئة الامم المتحدة تخصيص العام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعاقين.

والاحصائيات تبين أن معظم المعاقين لا يحصلون على مساعدة اعادة التأهيل

الاساسية، اي المعالجة والتعليم والتدريب التي تمكنهم من استخدام قدراتهم الى الحد الاقصى، أنهم واقعون في شرك من سوء الفهم والوهم والخرفات، وينطبق ذلك على نحو ١٢٠ مليون طفل معاق في بلدان العالم النامية في الوقت الحاضر، إن ادراك هذه المشكلة العالمية الشاملة دفع الامم المتحدة الى اعلان ١٩٨١ (السنة العالمية للمعاقين).

وتكمن الاهداف الرئيسية لمنظمة الامم المتحدة خلال هذه السنة في اتخاذ وتدعيم اجراءات فعلية للحيلولة دون العجز العقلي أو الجسدي، وفي تشجيع المزيد من المواقف الايجابية ازاء المعاقين والمساعدة على تأمين مشاركتهم الكاملة في المجتمع ودمجهم فيه للمضي قدماً في تطوير برامج التأهيل.

وبحلول عام ٢٠٠٠ سيكون هناك نحو ٦٠٠ مليون معاق في العالم، والاسوأ من ذلك أن المساعدة لن تصبح في متناولهم الا اذا عملت الحكومات والشعوب معاً، ومنذ الآن لتغير هذا الوضع.

لقد اعلنت هيئة الامم المتحدة بقرارها ١٧٩/١٣٣/٣٢ على أن يكون عام ١٩٨١ السنة الدولية للمعوقين وقد طلبت من جميع الدول عمل برنامج الاحتفال بهذه السنة وعمل توعية وبرامج للوقاية والتأهيل، وقد حددت خمسة اهداف لهذه السنة:

١ –مساعدة الاشخاص المعوقين على التكيف الجسماني في المجتمع.

٢ –تشجيع كل الجهود المبذولة على الصعيد الوطني والدولي لتقديم المساعدة والرعاية واعادة تأهيل المعوقين واتاحة فرص العمل لهم وتأمين اندماجهم بالمجتمع.

٣ –العمل على اتخاذ التدابير للوقاية من التعوق وتأهيل المعوقين.

٤ –تثقيف الجمهور بحقوق المعوقين بالمشاركة في مختلف انشطة الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والاسهام فيها.

٥ –تشجيع البحوث والدراسات المتعلقة بالمرافق العامة التي يديرها المعوق (القضاء على المعوقات المعمارية).

**قانون المعوقين– الاسباب الموجبة لمشروع قانون رعاية المعوقين في الأردن:**

انطلاقاً من نص المادة السادسة فقرة (٢) من الدستور الأردني الذي كفل لجميع المواطنين حق التعليم والعمل وتكافؤ الفرص، وباعتبار أن المعوقين مواطنون لهم حقوقهم وعليهم واجبات ومن اجل حصولهم على حقوقهم وادائهم لواجباتهم يحتاجون الى خدمات واهتمات من نوع خاص تفرضه طبيعة الاعاقة والعجز الذي يعانون منه.

ومن هنا جاءت الحاجة لوجود تشريع خاص يؤكد ويوضح تلك الحقوق وينظم سبل حصولهم عليها وأن يتعهدها بالاهتمام والحماية القانونية طبقاً لمبدأ سيادة القانون، وهذه الحقوق هي:

اولاً: حقهم في التربية والتعليم وفقاً لاسس ومبادئ خاصة، باعتبار أن لبعض هذه الفئة حاجات وخدمات تربوية وتعليمية من نوع خاص تراعي نوع ودرجة الاعاقة فهم يتلقون التربية والتعليم وفقاً لخطط تربوية تختلف عن تلك التي تقدم لاقرانهم من غير المعوقين بالاضافة الى أن لهم طرقاً واساليب تدريس ومناهج خاصة تتناسب مع اعاقتهم على ضوء التشخيص والتقييم الذي يضمن وضع المعوق في المكان المناسب وتقديم برامج ومناهج خاصة على ضوء ذلك التشخيص والتقييم.

ثانياً: الرعاية الصحية والعلاجية والتأهيل وفقاً لشروط وانظمة خاصة.

ثالثاً: العمل والاستخدام: باعتبار أن المعوقين يجب أن يحصلوا على العمل الذي يتناسب مع مؤهلاتهم وقدراتهم واستعدادهم والا تعتبر الاعاقة بحد ذاتها مانعاً من العمل والاستخدام، اذا لم تتعارض مع طبيعة العمل، وذلك من اجل أن تصبح هذه الفئة قوة منتجة بدلاً من أن تكون عالة على المجتمع لتحقيق دمجهم في المجتمع ومشاركتهم في عملية البناء والانتاج.

رابعاً: حقهم في تيسير البيئة وازالة الحواجز المادية والمعنوية التي تعترض أو تحد أو تمنع من الحصول على حقوقهم، وتكيفهم مع المجتمع.

خامساً: حاجتهم الى وسائل وادوات شخصية معينة والى آلات ومواد تعليمية خاصة بهم حسب طبيعة اعاقتهم لتدريبهم ولتشجيع وتسهيل حياتهم اليومية واغناء عملية التعليم والتأهيل الذاتية.

**بمقتضى المادة ٣١ من الدستور الأردني، هناك قانون رقم -١٢ -لسنة ١٩٩٣ وهو قانون رعاية المعوقين.**

تنبثق فلسفة المملكة الأردنية الهاشمية تجاه المواطنين المعوقين من القيم العربية الاسلامية والدستور الأردني، والميثاق الوطني وقوانين التربية والتعليم العالي، والاعلان العالمي لحقوق الانسان، والاعلان الدولي للمعوقين، **وتؤكد على المبادئ التالية:**

١ -حق المعوقون في الاندماج في الحياة العامة للمجتمع.

٢ -حق المعوقون في التربية والتعليم العالي كل حسب قدراته.

٣ -حق المعوقون في العمل الذي يتناسب مع قدراتهم ومؤهلاتهم وحقهم في الرياضة والترويح.

٤ -حق المعوقون في الوقاية الصحية والعلاج الطبي.

٥ –حق المعوقون في الحصول على الادوات والاجهزة والمواد التي تساعدهم على التعلم والتدريب والحركة والتنقل.

٦ –حق المعوقون في بيئة مناسبة توفر لهم حرية الحركة والتنقل بأمن وسلامة.

٧ –حق ذوي الاعاقات المتعددة والحادة في التعليم والتدريب والتأهيل.

٨ –حق ذوي المعاقين المحتاجين في الاغاثة والخدمات المساندة.

٩ –حق المعوقين في المشاركة في صنع القرارات المتعلقة بهم.

## المراجع


١-جمال الخطيب ومنى الحديدي – المدخل الى التربية الخاصة – ١٩٩٧

٢-صندوق الملكة علياء – الاعاقة العقلية الاسباب والوقاية- ١٩٨٦

٣-حامد زهران – علم نفس النمو – ١٩٨٥

٤ -جمال الخطيب ومنى الحديدي – مناهج واساليب التدريس في التربية الخاصة –١٩٩٨

٥-فاروق الروسان –سيكولوجية الاطفال غير العاديين – ١٩٨٩

٦-جمال الخطيب – الشلل الدماغي –١٩٩٢

٧-محمد الشناوي –التخلف العقلي،الاسباب والتشخيص والبرامج- ١٩٩٧

٨-اليونسكو – الاطفال المصابون بشلل دماغي شديد – ١٩٨٩

٩-عبد المطلب القريطي – سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم –١٩٩٦

١٠-محمد الطريقي – عواقب شلل الاطفال، دليل المصابين والمعاجين- ١٩٩١

١١-عبد العزيز السرطاوي –الاعاقات الجسمية والصحية – ١٩٩٨

١٢-عبد العزيز السرطاوي – الاعاقة العقلية – ٢٠٠٠