



دليل الإعاقة

الدليل
التوجيهي للتعامل مع
الأشخاص ذوي الإعاقة



الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية
Al-Amal For Development & Social Care

مراجعة

د.سهى طبال

– مستشارة جمعية الأمل
للرعاية والتنمية الاجتماعية
– مستشارة في عدة جهات عربية ودولية

إعداد

لؤي الأيوب

– مدير المشاريع في جمعية الأمل
للرعاية والتنمية الاجتماعية
– ماجستير في إدارة المستشفيات

تدقيق لغوي

أ. عبد الرحمن عيتاني

مقدمة

تبلورت فكرة هذا الدليل من خلال الاحتياج الملحّ إلى معلومات عن ملف الإعاقة لأصحاب القرار ومكونات المجتمع المختلفة حول قضية الإعاقة. قد تواجه قضية الإعاقة أي أسرة وفي أي وقت، سواء كان ذلك عند الولادة أو في مرحلة الطفولة أو في مرحلة الشباب والكبر. لذلك، كانت الحاجة إلى دليل يشرح المفاهيم الأساسية والتعريفات العامة للإعاقة، للتعامل مع هذه الشريحة بنحو أفضل. يضاف إلى ذلك أنّ قضية الإعاقة قضية نسبية، فتقدير وجود إعاقة يعتمد على المعايير التي نضعها. على سبيل المثال، إذا اعتبرنا أنّ الشخص ذا الإعاقة البصرية هو من لا يستطيع الرؤية تماماً، فإنّ ذلك سيقبّل جداً من عدد الأشخاص الذين يمكن أن نعدّهم من ذوي الإعاقة. أما إذا اعتبرنا أنّ الإعاقة البصرية تبدأ من اللحظة التي تقلّ فيها قدرة الشخص على الرؤية مقارنةً بشخص آخر في مثل سنّه، بحيث تحدّ من قدرته على رؤية السبورة في المدرسة أو من القراءة... إلخ، فإنّ الإعاقة تصبح أوسع وتهمّنا جميعاً.





كلمة رئيس الجمعية

يأتي هذا الدليل بعد مرور تسع سنوات على انطلاق جمعية الأمل للتنمية والرعاية الاجتماعية وتركيزها في مجال دعم الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث لمسنا ضعف الاهتمام بهذه الشريحة في معظم المجتمعات العربية ومعاناتها المستمرة في سعيها لنيل حقوقها. ومن منطلق إيماننا بأن أحد أهم معايير رقي وتقدم أي مجتمع هو مقدار ما يقدم من اهتمام ودمج للشرائح الضعيفة والمهمشة فيه، ونظراً إلى ضعف الوعي بمعاناة شريحة ذوي الإعاقة، والذي هو شرط ضروري للقيام بأي تغيير على هذا المستوى، يأتي هذا الدليل الذي نأمل من خلاله نشر الوعي المطلوب ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة ومساعدة المجتمع في خطواته لدمج هذه الشريحة، لننهض سوياً يداً بيد لبنني أوطاناً نستحقها.

د. عماد الحوت

رئيس جمعية الأمل للرعاية
والتنمية الاجتماعية



شكر وتقدير

إن إنجاز دليل الإعاقة لم يكن ليتم لولا جهود فريق الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية، فلهم الشكر. والشكر موصول لكل المساهمين والداعمين من الأفراد والمؤسسات

- الدكتورة سهى طبال / خبيرة مختصة في مجال الإعاقة
- الاستاذ عبد الرحمن عيتاني كاتب ومدقق لغة عربية

كذلك نتقدم بخالص التقدير للسادة في جمعية Nya Hopp السويدية على دعمها الكريم والشكر موصول الى وزارة الشؤون الاجتماعية بشخص الاستاذة ماري الحاج رئيسة مصلحة المعوقين، التي كان لها فضل تسهيل إنجاز هذا الدليل وخروجه الى النور.

بلال حسين
المدير التنفيذي



كلمة وزارة الشؤون الاجتماعية

تعمل وزارة الشؤون الاجتماعية منذ إحدائها على خدمة الفئات الضعيفة في المجتمع، منطلقاً من مفهوم التنمية البشرية المستدامة، القائم على تنمية الفرد كمحور أساسي في عملية التنمية الاجتماعية التي تقوم على مبادئ أساسية منها : لا مركزية العمل الاجتماعي التنموي والإيماء المتوازن للمناطق الجغرافية. كذلك تتميز الوزارة باعتمادها الشراكة مع القطاع الأهلي في توفير الخدمات الرعائية والتأهيلية، وفي المشاريع المشتركة الإنمائية ذات الطابع الخدماتي لتنمية المجتمعات المحلية، إضافة إلى الشراكة القائمة مع المنظمات الدولية.

اهتمت وزارة الشؤون الاجتماعية منذ نشأتها برعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، وأعطتهم أولوية في برامجها وخططها، انطلاقاً من مشروعية حق الأشخاص ذوي الإعاقة بالحصول على فرص متكافئة مع غيرهم في كافة مجالات الحياة للعيش بكرامة واستقلالية. وقد كان للوزارة دور أساسي في إقرار القانون 220/2000 الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وذلك بالتعاون مع جمعيات ومؤسسات تعمل في هذا الحقل وبعض الناشطين والمهتمين في مجال حقوق الإنسان وعدد من الأشخاص ذوي الإعاقة . يعتبر هذا القانون باكورة القوانين التي أقرتها السلطة التشريعية في عام 2000، وقد كفل للأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان مجموعة واسعة من الحقوق تسمح لهم بالعيش بكرامة وحرية على قدم المساواة كسائر المواطنين.



وكما سعت الوزارة جاهدة إلى تطبيق هذا القانون رغم كافة الصعوبات والتحديات على المستوى الوطني التي حالت حتى اليوم دون العمل به بالكامل، علماً أن تطبيق القانون هو مسؤولية وطنية تحتم تضافرجهود كافة الإدارات والمؤسسات الرسمية المعنية في لبنان. وانطلاقاً من صلاحياتها تعمل الوزارة بالتعاون مع الهيئة الوطنية لشؤون المعوقين على توفير حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة المدنية والاجتماعية والإنسانية والاقتصادية والأسرية .

وبعد.. يقع على مؤسسات المجتمع الأهلي دور أساسي ومهم في إيلاء الأهمية بهذا القطاع وضرورة أن تقوم بتوفير الاحتياجات والخدمات الخاصة التي تكفل لهذه الفئة المهمشة الشعور بوجودها والعيش بكرامة وأمان وطمأنينة. ومن هذه الجمعيات جمعية الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية التي نتوجه إليها بالشكر والتقدير على مبادرتها في إطلاق هذا الدليل التوعوي حول التعريف بأنواع الإعاقات وبعض مسبباتها وواقع كل إعاقة وأعراضها وأنواع الخدمات والعلاجات المختصة بكل منها وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

نكرر الشكر لجمعية الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية لهذا الإنجاز الذي يسهم في توعية المجتمع وتفهمه واقع كل نوع إعاقة.

ماري الحاج

رئيسة مصلحة شؤون المعوقين

في وزارة الشؤون الاجتماعية

الأمل للرعاية والتنمية الإجتماعية Al Amal For Development & Social Care



نبذة عن جمعية الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية

تأسست جمعية الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية في نيسان 2008 وفق ترخيص صادر عن وزارة الداخلية في الجمهورية اللبنانية (علم وخبر) رقم 456 كجمعية خيرية تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، وتقدم لهم مختلف أنواع الخدمات الرعائية والصحية والاجتماعية بمختلف فئاتهم العمرية وبغض النظر عن الجنس أو الدين أو العرق أو الجغرافيا.

رسالتنا: حياة أفضل لكل شخص ذي إعاقة.

رؤيتنا: أن نكون نموذجاً بارزاً في التأهيل والدمج المجتمعي للأشخاص ذوي الإعاقة بأسلوب مهني.

أهدافنا: نسعى في جمعية الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- العمل على تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة نفسياً، جسدياً ومهارياً.
- السعي لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة ودمجهم في المجتمع.
- نشر ثقافة تقبل الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع.
- تعزيز الوضع النفسي والاقتصادي للأسر الأشخاص ذوي الإعاقة.
- التوعية بالحقوق الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة وضمان حصولهم على الرعاية الكاملة والملائمة.
- توجيه الاتجاهات الإيجابية نحو الأشخاص ذوي الإعاقة وتعديل الاتجاهات السلبية نحوهم.

برامج الأمل:

تسعى الأمل إلى تحقيق أهدافها من خلال تنفيذ سلسلة البرامج والمشاريع الآتية:

- أطراف وحواس: يغطي الاحتياجات الجسدية والفيزيائية للأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك عبر المشاريع التي تخدم الأطراف والنطق وحواس السمع والبصر لتيسير العيش المستقر.
- وصول: يضمن وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، عبر مشاريع مواءمة بيئة الشخص ذي الإعاقة وتقديم الأجهزة المساعدة التي تحقق له حرية الوصول والتنقل.
- دمج: يزيل الحواجز الاجتماعية من درب الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم، ويُيسر دمجهم معيشياً وحياتياً واجتماعياً، متيحاً لهم فرص المشاركة بفعالية في المجتمع.
- مثلي مثلك: يساعد الأشخاص ذوي الإعاقة على نيل كافة حقوقهم المدنية والاجتماعية ومعاملتهم بشكل سوي مقارنة مع باقي شرائح المجتمع، بالإضافة إلى ضمان مشاركتهم العادلة في المجتمع، من خلال المدافعة عن حقوقهم وكسب التأييد حول قضاياهم.

- تلتزم الأمل في خلال عملها بالمعايير والضوابط المهنية المعتمدة عالمياً، وذلك عبر:
- تيسير مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في تحديد الاحتياجات وتنفيذ المشاريع.
- المراجعة الشاملة والتقييم المستمر ومواكبة التطورات المؤثرة في هذه الشريحة.
- العمل على تفعيل مشاركة المجتمع المحلي وإسهامه في المشروع.
- تطبيق معايير ضبط الجودة في العمل.



أنواع الإعاقات:

هناك تصنيفات متعددة للإعاقة، إذ يمكن تصنيفها بحسب العامل المسبب، حيث تقسم الأسباب إلى أسباب وراثية (خلقية) وهي تصيب الجنين في مراحل تكوينه داخل الرحم وهي مرتبطة بالموروثات التي يحملها الجنين من أبويه، وأسباب مكتسبة وهي الإعاقات التي تحدث بسبب عوامل خارجية طارئة في أي مرحلة عمرية بدءاً من الحياة في الرحم، ويمكن تصنيفها حسب شدة الإعاقة، فقد يكون سبب الإعاقة واحداً ولكن الدرجة تختلف، والمتعارف عليه بين الاختصاصيين ثلاث درجات: الإعاقات البسيطة - الإعاقات المتوسطة - الإعاقات الشديدة.

الإعاقة (التعريف ومستويات تحققها):

من الصعب إيجاد تعريف موحد للإعاقة، فللإعاقة مفاهيم متنوعة ومتباينة أحياناً، إلا أن الإعاقة هي قضية مركبة تظهر على مستويات مختلفة ولأسباب متنوعة، ونتائجها لا تتعلق بالضرر الجسماني فحسب، بل بالقصور الذي يتحقق في جميع مجالات النمو، وكذلك بتفاعلنا نحن وبتفاعل المجتمع والبيئة المحيطة بالشخص ذي الإعاقة.

لذلك، إنَّ حصيلة هذا التفاعل تكون مختلفة للغاية، فهناك الطفل الذي يواجه ظروفاً مساعدة وملائمة منذ البداية يستطيع من خلالها أن يتجاوز الكثير من القصور الذي ينتج من إعاقته، وهناك الطفل الذي لا يلقى المناخ المناسب مادياً أو نفسياً أو اجتماعياً أو انفعالياً، ما يؤدي إلى اختلاف التوصيف الظاهر.

وبتعريف شامل للإعاقة، هي حالة تحدّ من قدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تُعدّ أساسية في الحياة اليومية، كالعناية الذاتية، أو ممارسة العلاقات الاجتماعية والأنشطة الاقتصادية، وذلك ضمن الحدود التي تُعدّ طبيعية، أو هي عدم تمكن المرء من الحصول على الاكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة إلى مساعدة الآخرين، وإلى تربية خاصة تساعد على التكيف على إعاقته. يعرف الشخص ذو الإعاقة بأنه "الشخص الذي قلّت إمكانيات حصوله على عمل مناسب بدرجة كبيرة، ما يحول بينه وبين العيش بكرامة نتيجة لقصور بدني أو عقلي أو حسي".

وقد اخترنا في هذا الدليل التصنيف بحسب نوع الوظيفة المفقودة:

الإعاقه الحركية:

أي القصور الذي يحد من قدرة الإنسان على الحركة، مقارنة بالأشخاص الآخرين.



الإعاقه البصرية:

أي القصور في الرؤية مقارنة بالأشخاص الآخرين.



الإعاقه السمعية:

أي القصور في السمع مقارنة بالأشخاص الآخرين.



الإعاقه التخاطبية:

أي القصور في القدرة على استخدام اللغة مقارنة بالأشخاص الآخرين.



الإعاقه الذهنية:

أي القصور في الإدراك والفهم والتعلم مقارنة بالأشخاص الآخرين.



اضطرابات النمو والتواصل:

أي القصور في التعامل مع البيئة المحيطة " التوحد - فرط الحركة".



الإعاقه المزدوجة أو المتعددة:

تشمل تعدد مجالات القصور بالنسبة إلى الشخص ذي الإعاقه الواحد.





نظرة تاريخية حول الإعاقة ما بين الماضي والحاضر

كيف تعامل الإسلام مع الأشخاص ذوي الإعاقة؟

مما لا شك فيه، أنّ الإسلام أولى الإنسان مكانة مميزة وجعله منطلق دعوته وهدفها الأسمى، وكثيرة هي الآيات القرآنية التي تشهد على تكريم الإنسان والعناية به وتخصيصه بما هو أهل له من رعاية واهتمام. يقول تعالى: "ولقد كرّمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلاً" [الإسراء:70].

إن البر والإحسان وقضاء حوائج الناس من أخلاق الإسلام، يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "الخلق عيال الله، وأحبهم إلى الله أنفعهم لعياله"، ويقول أيضاً: "أيما أهل عرصة أصبح فيهم امرؤ جائع قد برئت منهم ذمة الله".

ومن رحمة الإسلام بالأشخاص ذوي الإعاقة استثنائهم من بعض الأحكام التكليفية، قال تعالى: "ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج" [الفتح:17]، ويُسّر لهم في البعض الآخر كل حسب قدرته واستطاعته فقال تعالى: "وعلى الذين يطيقونه فدية طعام مسكين" [البقرة:184].

بل إنّ الإسلام قد هدّد وتوعد من يسخر منهم أو يلمزهم، فقال تعالى: "يا أيها الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيراً منهم ولا نساء من نساء عسى أن يكنّ خيراً منهنّ ولا تلمزوا أنفسكم ولا تنابزوا بالألقاب بئس الاسم الفسوق بعد الإيمان ومن لم يتب فأولئك هم الظالمون" [الحجرات:11]، ودعا إلى التأدب معهم واحترامهم وعدم احتقارهم، ففي الحديث "بحسب امرئ أن يحقر أخاه المسلم".

وقد رفع الإسلام من قدر الأشخاص ذوي الإعاقة، باعتبارهم من الناس الذين ابتلاهم الله وامتنحهم ووعدهم بالفضل والأجر العظيم. يقول الله تعالى في الحديث القدسي: "إذا وجهت إلى عبد من عبيدي مصيبة في بدنه أو في ولده أو في ماله، فاستقبله بصبر جميل، استحيت يوم القيامة أن أنصب له ميزاناً أو أنشر له ديواناً". وفي الأثر: "يود أهل العافية يوم القيامة حين يعطى أهل البلاء الثواب لو أن جلودهم كانت قرضت في الدنيا بالمقاريض".

ولقد أثبت الإسلام مسؤولية المجتمع بكافة مؤسساته وفئاته عن هذه الشريحة، باعتبارهم من رعايا الدولة، قال النبي صلى الله عليه وسلم: "كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته"، ويقول أيضاً: "مثل المؤمنین في توادّهم وتعاطفهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى".



وجعل الإسلام خدمتهم ورعايتهم من أجل الأعمال، فقال صلى الله عليه وسلم: "أحب الناس إلى الله أنفعهم للناس، وأحب الأعمال إلى الله سرور تدخله على مسلم، أو تكشف عنه كربة أو تقضي عنه ديناً أو تطرد عنه جوعاً، ولأن أمشي مع أخ في حاجة أحب إليّ من أن اعتكف في هذا المسجد - يعني مسجد المدينة - شهراً". وقد عدّ الإسلام مَنْ لا يقدر على العمل منهم من أهل الزكاة، حيث جاء في رسالة الفقيه ابن شهاب الزهري لعمر بن عبد العزيز رحمهما الله، يوضح له فيها مواضع السنة في الزكاة، فيقول: "إن فيها نصيباً للزمنى والمقعدين، وأيضا لكل مسكين ذي عاهة لا يستطيع تقليباً في الأرض".

ثم إنّ الإسلام يشجع الوقف الخيري المخصص لمؤسسات الرعاية المختلفة، بما في ذلك مراكز رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، لقوله صلى الله عليه وسلم: "إذا مات ابن آدم انقطع عمله إلا من ثلاث: صدقة جارية أو علم ينتفع به أو ولد صالح يدعو له"، بل إنّ الإسلام ذهب إلى أبعد من ذلك حينما خصص جزءاً من ريع الأوقاف الإسلامية، وكان يصرف على اللقطاء واليتامى والمقعدين والعجزة والمسجونين وغيرهم، فهو باب مفتوح لمن أراد مرضاة الله تعالى وإدخال السرور على هؤلاء المحتاجين وأسْرهم. يقول رسول الله: "ابغوني الضعفاء فإنما ترزقون وتنصرون بضعفائكم"، فالنصر والرزق إنما يأتيان للمجتمع ببركة هذه الفئات الضعيفة، ورعاية المحتاجين منه.

ولقد تميز المجتمع الإسلامي قديماً بحسن اهتمامه ورعايته لأفراد هذه الشريحة، فخصص لهم من يساعدهم، وأنشأ المستشفيات ودور الإيواء والرعاية لاحتضانهم، فقد ورد أنّ عمر بن الخطاب رضي الله عنه



منع التسول، وفرض لذوي الإعاقه راتباً من بيت المال حماية لهم من ذلّ السؤال. كذلك أمر الخليفة الأموي عمر بن عبد العزيز بإحصاء الأشخاص ذوي الإعاقه، وخصّص قائداً لكل كفيف وخادماً لكل مقعد، ثم إن الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك كان أول من أنشأ مستشفى في الإسلام وجعل فيه الأطباء وأجرى لهم الأرزاق. كذلك بنى أبو جعفر المنصور مستشفىاً للمكفوفين ومأوىً للمجذومين وملجأً للعجائز في بغداد. بل إن المجتمع المسلم تميّز بنظرته الإيجابية إلى هؤلاء الناس، فقد استخلف النبي صلى الله عليه وسلم عبد الله بن أم مكتوم، وكان أعمى، على المدينة في إحدى غزواته، وسمح للصحابي عمرو بن الجموح الأعرج، وكان شديد العرج "بالمشاركة في الجهاد نزولاً عند رغبته، بعد أن حبسه أبناؤه بقولهم: نحن نكفيك الجهاد يا أبتاه". هذا في الوقت الذي شهدت فيه المجتمعات الغربية في حينه إهمالاً واضطهاداً صارخاً لهذه الفئة من حيث عدم النفقة عليهم أو مساعدتهم، وبعثهم بالخبت والشيطنة والأرواح الشريرة، بل وصل الأمر في هذه المجتمعات إلى إعدام المتأخرين والمسننين منهم بداعي ثقلهم على كاهل المجتمع. ثم إنه في عصرنا الحديث، من الأشخاص ذوي الإعاقه القادة والعلماء، والمصلحون والشعراء، والفلاسفة والأطباء، وخلق كثير لا مجال لحصرهم هنا، لكننا نشير إلى بعضهم على سبيل المثال. فقد تميز سماحة الشيخ الكفيف الإمام عبد العزيز بن باز رحمه الله، فكان فقيهاً مفتياً للمملكة العربية السعودية، وبرز في الانتفاضة الفلسطينية الشيخ المقعد والإمام المجاهد الشهيد أحمد ياسين بحكمة قيادته وضراوة جهاده.

تغيرات عالمية في فهم الإعاقة والتعامل معها

بدايةً، فقد تشابه الوضع عالمياً مع الوضع داخلياً، حيث سادت لفترة طويلة من الزمن نظرة الشفقة والإحسان إلى الشخص ذي الإعاقة، حتى عند توافر إمكانيات التدريب والتعليم له، ولقد اتسمت طريقة مواجهة الإعاقة في ظل هذه النظرة بالعمل على وضع الأشخاص ذوي الإعاقة في مؤسسات داخلية يُعتنى فيها بهم، بحيث يُعزّلون عن المجتمع الذي يعدّهم غير قادرين على العيش فيه، مقارنةً بالآخرين.

السنة العالمية للأشخاص ذوي الإعاقة وخطوات مهمة في التحوّل

أعلنت الأمم المتحدة عام 1981 السنة العالمية للأشخاص ذوي الإعاقة. وبالرغم من أنّ هذا الحدث جاء ليعبّر عن تحولات إيجابية سابقة، إلا أنه سجّل أيضاً، بحق، بداية تحوّل في هذا المضمار، ولقد تلا ذلك العقد العالمي للأشخاص ذوي الإعاقة 1983-1992 الذي شهد العديد من التحولات الإيجابية في مجال الإعاقة على المستوى العالمي، نذكر منها على سبيل المثال:

أولاً: ظهور تعريفات جديدة ومفاهيم جديدة.

ثانياً: إعلان الميثاق العالمي وتحديد مستويات التدخل.

ثالثاً: الانتقال بقضية الإعاقة من مسألة للشفقة والإحسان إلى عدّها قضية تدخل ضمن موضوعات حقوق الإنسان.





تعريفات جديدة ومفاهيم جديدة

وقفت منظمة الصحة العالمية أمام الإعاقة في عام 1981، وأقرت بالاحتياج إلى تعريف يعكس فهماً أرقى للإعاقة. في ضوء ذلك، عرّفت المنظمة قضية الإعاقة على أنها تتحقق على ثلاثة مستويات:

أولاً: الخلل/ العطب (اعتلال): عرّفت المنظمة الخلل بأنه الإصابة المؤقتة أو الدائمة لعضو من أعضاء الجسم أو أجهزته، فهو إذاً تحديد القضية على المستويين البيولوجي والجسماني.

ثانياً: القصور الوظيفي (العجز): القصور، أو صعوبة في أداء أنشطة جسمانية معينة مناسبة لسنه ولجنسه، مثل القصور في الحركة، القصور في التعلّم، القصور في الرؤية واللبصار، القصور في السمع... إلخ.

ثالثاً: الإعاقة: القصور في قدرة الإنسان على القيام بالدور المناسب له ولسنّه ولجنسه في مجتمعه، مثل عدم قدرة الطفل ذي الإعاقة على اللعب مع الأطفال الآخرين، عدم قدرة الطفل ذي الإعاقة على توفير الحب والرعاية من قبل أسرته، عدم القدرة على العمل والزواج وتكوين أسرة... إلخ.

أهمية التعريفات الجديدة ومغزاها تأتي أهمية التعريفات الجديدة من أنها أدت إلى الآتي:

1. توحيد الفهم والتفرقة بين المستويات المختلفة، فلقد أصبحنا قادرين على الاتفاق معاً على المستوى المراد التعامل معه. فمثلاً إذا أردنا أن نتعامل مع الإعاقة على المستوى الطبي أو البيولوجي، فإننا نتحدث عن الخلل. فأما إذا أردنا أن نتعامل مع الإعاقة على مستوى النشاط العملي والقصور فيه فإننا نتحدث عن الإعاقة. أما إذا أردنا أن نتحدث عن المستوى الاجتماعي والنفسي، فإننا نتحدث عن العجز (أي الحالة الناتجة من تفاعل الإعاقة ودرجتها مع المؤثرات الاجتماعية والبيئية المحيطة).
2. فصل مفهوم الإعاقة عن مفهوم العجز، ويعد هذا الفصل الإنجاز الرئيس بالنسبة إلى هذه التعريفات، فقد وضح ذلك حجم الدور الكبير الذي يجب أن يلعبه المجتمع والبيئة وحقوق الإنسان، وعدم العجز عن تحقيق متطلبات إنسانية وأدمية أساسية للأشخاص ذوي الإعاقة.
3. تسهيل تحديد أشكال التدخل المطلوبة، فتحديد مراحل تحقق الإعاقة، الأسباب التي تقف خلفها يسهل تحديد التدخلات المناسبة التي يتطلبها الاكتشاف المبكر والعلاج المبكر، لأن الإعاقة تتطلب في الأغلب الأعم من الحالات العمل على التقليل من أثر القصور الموجود، وذلك باستخدام المعينات السمعية والبصرية والحركية... الخ، بالإضافة إلى التدريبات والتعليم الملائم الذي يستجيب للاحتياجات الخاصة الناجمة عن هذا القصور ودرجته. أما في حالة العجز، فإن التدخل المطلوب هو في الأساس على مستوى توعية المجتمع وتعديل تشريعاته وتنظيماته بالطريقة التي تجعله ملائماً للأشخاص ذوي الإعاقة.







الإعاقة في التشريعات الدولية

إتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

- احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي، بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم.
- عدم التمييز.
- كفالة مشاركة وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع.
- احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية.
- تكافؤ الفرص.
- إمكانية الوصول.
- المساواة بين الرجل والمرأة.
- احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة واحترام حقهم في الحفاظ على هويتهم.



الحقوق التي تكفلها الاتفاقية:

- المساواة وعدم التمييز.
- الحق في الحياة، حرية الشخص وأمنه.
- الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون.
- عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو غير الإنسانية أو المهينة.
- عدم التعرض للاستغلال والعنف والاعتداء.
- حماية السلامة الشخصية.
- حرية التنقل والجنسية.
- حرية التعبير والرأي والحصول على معلومات.
- احترام الخصوصية.
- احترام البيت والأسرة.
- التعليم.
- الصحة.
- العمل والعمالة.
- مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية.
- المشاركة في الحياة السياسية والعامية.
- المشاركة في الحياة الثقافية وأنشطة الترفيه والتسلية والرياضة.

قانون الإعاقة في لبنان

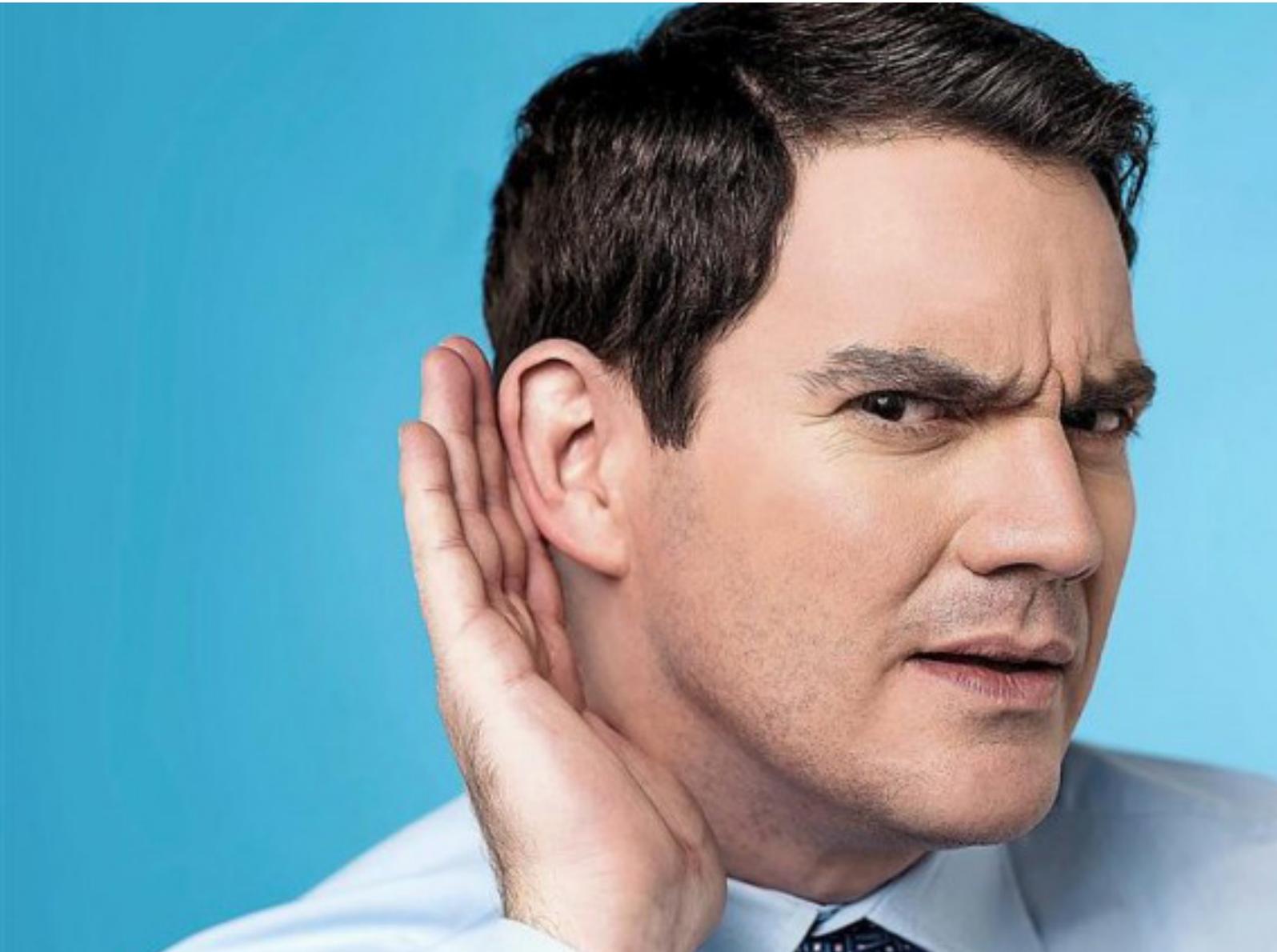
في عام 2000، تبني لبنان القانون رقم 220 المتعلق بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (القانون 2000/220)، وذلك قبل عدة سنوات من تبني الاتفاقية، وتأسس القانون أساساً على مجموعة من الحقوق التي تدمج الأشخاص ذوي الإعاقة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، عبر تخصيص حصص (كوتا) في التوظيف والمواصلات، والإسكان، وضمانات خدمات الصحة والتعليم.

بالرغم من أن القانون 2000/220 ينص على التزامات مهمة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن العديد من هذه الالتزامات لم تجد طريقها للتحقق الكامل، لأن الأشخاص ذوي الإعاقة ومنظماتهم لم تتحقق لهم فرص وصول كافية إلى المعلومات حول حقوقهم وخدماتهم.

ويعدّ القانون اللبناني الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة متقدماً بالمقارنة مع القوانين الأخرى المعتمدة في الكثير من الدول وبالاستناد إلى القواعد الموحدة أو المعيارية لتكافؤ الفرص الصادرة عن الأمم المتحدة. وهو يعالج مسألة الإعاقة بوضوح على أساس الحقوق، ويحث الحكومة على اعتماد سياسات وبرامج مرتكزة على فلسفة الدمج والاحتواء. ويمكن اعتبار القانون 220 من أهم إنجازات لبنان لجهة تحسين ظروف معيشة الأشخاص ذوي الإعاقة. فهو يشدد في أقسامه العشرة على الحق في المشاركة وعلى الابتعاد عن نموذج العزل والإقصاء القديم. كذلك يُعدّ وهو المعتمد على المقاربة الحقوقية، فريداً من نوعه لجهة آليات تطبيقه والجهات المعنية بذلك.

وأبرز الحقوق التي يكفلها القانون اللبناني 2000/220 بإيجاز:

- لكل شخص ذي إعاقة الحق ببيئة مؤهلة.
- يحق لكل شخص ذي إعاقة أن يتقدم بطلب رخصة سير.
- لكل شخص ذي إعاقة الحق بالسكن.
- لكل شخص ذي إعاقة الحق بالتعلّم والرياضة.
- لكل شخص ذي إعاقة الحق بالعمل والتوظيف وبالتقديمات الاجتماعية.
- لكل شخص ذي إعاقة الحق بالحصول على الخدمات الصحية وإعادة التأهيل وخدمات الدعم.
- يحق لكل شخص ذي إعاقة أن يتقدم بطلب الحصول على البطاقة الشخصية التي تخوله ممارسة الحقوق والامتيازات التي تمنحها القوانين والأنظمة النافذة.
- تعفى من الرسوم الجمركية وجميع رسوم الاستيراد ومن أية رسوم أو ضرائب أخرى التجهيزات والمواد التعليمية والطبية والوسائل المساعدة والآلات والأدوات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، وكذلك قطعها، شرط أن تكون الجهة المستوردة أما الشخص ذا الإعاقة لاستعماله الشخصي، وإما جمعية للأشخاص ذوي الإعاقة أو جمعية خدمات.
- تعفى من الرسوم القضائية أية دعوى يقيمها أشخاص من ذوي الإعاقة أو من يمثّلهم.
- تعفى من رسم الطابع البريدي جميع الرسائل والمطبوعات المحررة بطريقة "برايل".





أهداف ومعايير عالمية في مجال الإعاقة

لقد أدى الفهم الجديد للإعاقة إلى تحقيق إنجاز عالمي آخر، وهو البرنامج العملي العالمي للإعاقة، حيث حدد البرنامج المعايير الآتية لمواجهة الإعاقة:

أولاً: الوقاية والاكتشاف المبكر للإعاقة

لا يمكن بأي حال من الأحوال إغفال الأهمية القصوى لاكتشاف الإعاقة مبكراً، ففي عام 1976م تبنت منظمة الصحة العالمية هذا المفهوم الجديد للوقاية (WHO, 1976) وبناءً عليه يمكن تعريف الوقاية بأنها عبارة عن مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة، التي تهدف إلى الحيلولة دون/ أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية. وفي تناولها لموضوع الوقاية من الإعاقة، أشارت الصحة العالمية إلى ثلاثة مستويات من الوقاية، هي:



الوقاية في المستوى الأول:

وتهدف إلى إزالة العوامل التي قد تسبب حدوث الإصابة عند الفرد، وتتضمن إجراءات صحية واجتماعية مختلفة، كالتحصين ضد الأمراض، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، والتعامل مع مشكلات الفقر، وبرامج تغذية الأطفال، والإرشاد الجيني، وأنظمة وقواعد السلامة في المصانع والطرق إلخ، وفيما يأتي تُدرج أسباب الإعاقة، التي تهدف الوقاية في المستوى الأول إلى نشر الوعي حولها:

تقسيم أسباب الإعاقة حسب مراحل النمو:

ما قبل الإخصاب ووقت الإخصاب		
التدخلات المطلوبة ومستويات العلاج	تفاصيل وأمثلة	السبب
<ul style="list-style-type: none"> ● إجراء فحص ما قبل الزواج. (فحص سريري وفحوصات مخبرية خاصة). ● من المحبذ تجنب الزواج من الأقارب، خاصة الأقارب المباشرين، مثل ابن العم أو ابن الخال أو ابن العمّة... إلخ. إذا كان من غير الممكن تجنب ذلك، يمكن إجراء فحص وراثي خاص للتأكد من عدم وجود الجينات الوراثية المعروفة التي يزداد احتمال حدوثها عند الزواج من الأقارب. ● تجنب الإنجاب الباكر أو المتأخر بالنسبة إلى الأم، فهناك حالات إعاقة عديدة مثل (متلازمة داون) التي تزيد نسبة حدوثها مع تقدم الأم في السنّ، خاصة بعد سنّ الأربعين. ● عدم التعرض للتدخين. ● عدم التعرض للسموم. ● تناول حمض الفوليك لجميع النساء المتزوجات (قبل الحمل لثلاثة أشهر على الأقل). 	<ul style="list-style-type: none"> ● الجينات السائدة (يكفي وجود جين عند أحد الأبوين لظهور المرض عند المولود - مثال: "ضمور العضلات". ● الجينات المتنحية "سُميت متنحية لأنها لم تظهر في الآباء، لا بد من توافر الجين لدى الأبوين معاً لظهور المرض". ● وراثية عديدة الجينات (مثال: بعض الأمراض الاستقلابية). ● متلازمة داون Down syndrome ● متلازمة الكروموسوم الجنسي الهسّ X syndrome. 	<ul style="list-style-type: none"> ● عوامل وراثية مفردة أو مجتمعة. ● خلل في الكروموزومات أو الصبغيات.

فترة الحمل

التدخلات المطلوبة ومستويات العلاج	تفاصيل وأمثلة	السبب
<ul style="list-style-type: none"> متابعة الحمل مع طبيب مختص وإجراء الفحوصات اللازمة للتعرف إلى أي أمراض يمكن أن تصاب بها الأم الحامل والتحكم فيها مبكراً، مثل: السكر، ضغط الدم... إلخ. تجنب تعرّض الأم للعدوى كلما أمكن ذلك، وخاصة العدوى بالحصبة الألمانية ومرض التوكسوبلازما الذي يساعد على انتشاره وجود حيوانات أو قشط في المنزل. التغذية السليمة: يجب أن تحافظ الأم على تغذيتها السليمة، من طريق الإكثار من الأغذية المليئة بالفيتامينات والحديد مثل الخضّر والألبان والأسماك (لا تعني إطلاقاً التغذية السليمة الإفراط في الأكل، لأن ذلك يضعف من صحة الأم). عدم تناول العقاقير والأدوية في خلال الحمل إلا في حالات الضرورة القصوى، وبعد استشارة الطبيب. الامتناع عن تعاطي المخدرات أو التدخين أو تناول الكحوليات في أثناء فترة الحمل، لأن ذلك قد يسبب ولادة أطفال قليلي الوزن وقصر الطول، وقد يتعرض هؤلاء الأطفال لنقص الأوكسجين في الدم، وما قد يترتب عن ذلك من إصابتهم ببعض الإعاقات المختلفة. ضرورة تجنّب الأم الحامل التعرض لأي نوع من الأشعة السينية أو استنشاق المواد الإشعاعية أو الكيماوية الضارة بالجنين. 	<ul style="list-style-type: none"> الحصبة الألمانية (تشوهات قلبية - إعاقة سمعية...). أمراض تناسلية (مرض الزهري... تشوهات - تأخر في النمو الجنيني). التوكسوبلازما (تشوهات دماغية...). أنيميا عند الأم... تأخر النمو الجنيني داخل الرحم. نقص حمض الفوليك. تشوهات في الجهاز العصبي. ضغط الدم المرتفع. القصور الكلوي. مرض السكري غير المتابع بدقة. مضادات التخثر. أدوية علاج الصرع. بعض المضادات الحيوية. مهدئات ومضادات الاكتئاب. نقص النمو الجنيني - تشوهات مختلفة. نقص الوزن عند الولادة - نقص تروية المشيمة. الأشعة السينية... تشوهات دماغية. الإشعاعات النووية والمواد الكيماوية... تشوهات مختلفة. الحوادث المنزلية. المخاطر المهنية. 	<ul style="list-style-type: none"> أمراض انتقالية: فيروسية - بكتيرية - طفيلية. سوء تغذية عند الأم. أمراض مزمنة عند الأم. أدوية تتناولها الأم في أثناء الحمل. استهلاك الكحول والمخدرات والتبغ. التعرض للإشعاعات والمواد الكيماوية. الحوادث والإصابات الجسدية المباشرة.

أثناء الولادة

التدخلات المطلوبة ومستويات العلاج	تفاصيل وأمثلة	السبب
يجب إجراء الولادة في مستشفى مجهز تحت إشراف طبيب أو طبيبة مدربة لتجنب بعض المشاكل التي يمكن أن تحدث في أثناء الولادة وتؤثر في الجنين (ولادة متعسرة - نقص الأوكسجين...).	الولادة الطويلة والمتعسرة، التفاف الحبل السري حول رقبة الوليد.	نقص وصول الأوكسجين إلى الدماغ.
	الولادة الطويلة والمتعسرة.	ضغط أو شدّ غير مناسب على الرأس أو الذراع.
	انفصال جزئي أو كلي في المشيمة، أو مشاكل تخثر... نقص في الأوكسجين المحمول من الأم إلى الجنين).	مشاكل المشيمة.

فترة ما بعد الولادة مباشرة

التدخلات المطلوبة ومستويات العلاج	تفاصيل وأمثلة	السبب
يجب فحص الطفل من قبل طبيب أطفال متخصص بعد الولادة مباشرة، ثم بعد الخروج من المستشفى، ينبغي عرض الطفل على الطبيب أو نقله إلى المستشفى عند ملاحظة أي من العلامات الآتية:	قصور تنفّس ونقص في الأوكسجين - نقص السكر في الدم - نقص الكالسيوم.	الخدج والأطفال القليلو الوزن عند الولادة.
• ازرقاق الطفل	تلف دماغي.	الصفراء الشديدة.
• تسارع في التنفس	تلف دماغي.	نقص السكر في الدم.
• قلة نشاط ونوم زائد	عدوى بعامل بكتيري من الأم.	أمراض انتقالية وخاصة التهاب السحايا.
• خلل في الوعي	تأخر في النمو - إعاقة عقلية.	نقص في هورمون الغدة الدرقية.
• أنين	مرض لفينايلكيتونوريا.	أمراض استقلابية.
• بكاء غريب أو اهتياج شديد		سوء التغذية.
• اصفرار شديد		
• ارتفاع أو انخفاض في درجة الحرارة		
• صعوبة في البلع أو الرضاعة أو حالات اختناق عند الرضاعة		
• تشنجات وتقلصات عصبية		
• التقيؤ المستمر		
• عدم التبرز أو التبول		

فترة ما بعد الولادة (فترة الطفولة)

التدخلات المطلوبة ومستويات العلاج	تفاصيل وأمثلة	السبب
<ul style="list-style-type: none"> • الرضاعة الطبيعية حتى عمر سنتين، تغذية الطفل تغذية سليمة عند مرحلة الفطام وما بعد ذلك، عدم تناول أي عقاقير في أثناء الرضاعة إلا بعد استشارة الطبيب. • الحرص على عدم تعرض الطفل للإصابة بالعدوى من أطفال آخرين (من الجيران أو من الشارع)، والحرص على إعطاء الطفل كافة اللقاحات حسب عمره، وعلى نظافة الطعام والمنزل للتقليل من خطر الإصابة بعدوى. • تجنب الطفل أية حوادث ممكنة من خلال الاحتفاظ بالمواد الكيميائية والأدوية بعيداً من متناوله، وكذلك ضمان عدم وجود مواقد أو أية وسيلة تدفئة أخرى في أماكن يمكن أن يصل إليها الطفل، ومراقبته جيداً لمنع تعرضه للسقوط من أماكن عالية. • يجب اختيار ألعاب الأطفال بعناية والابتعاد عن الألعاب الخطرة ذات الأسنان المدببة أو الحادة "كالبنادق أو الرماح أو الخناجر البلاستيكية..." وغيرها من الألعاب التي قد تؤدي إلى إصابة العين إصابات بالغة. • تعريف الطفل عندما يستطيع الفهم وإدراك المخاطر المختلفة التي يمكن أن يتعرض لها في المنزل أو في الشارع. • في النهاية، يجب التشديد على أهمية توفير المناخ الملائم لتنمية إدراك الطفل وتعلمه، وذلك من طريق اللعب والحديث معه باستمرار، فغياب التعليم والاستشارة من جانب الأهل، من أهم أسباب التأخر في تطور الأطفال. 	<p>شلل الأطفال - النزلات المعوية... الجفاف - الحصبة... التهاب أنسجة الدماغ.</p> <hr/> <p>نزف دماغي - مشاكل في النطق - صعوبات تعلمية.</p> <hr/> <p>التوحد - فرط الحركة.</p> <hr/> <p>الحمى الشوكية - التهابات المكورات الرئوية.</p> <hr/> <p>تسمم الرصاص (مجري المياه المصنوعة من الرصاص - المبيدات الحشرية - حامض البطاريات...).</p> <p>تسمم الرصاص - الكحل - الأدوية الشعبية. التسمم بالأدوية.</p> <hr/> <p>نزف دماغي.</p> <hr/> <p>نقص الفيتامينات، خاصة فيتامين (أ): العشاوة الليلية، واليود: نقص هورمون الغدة الدرقية.</p>	<p>مضاعفات الأمراض المعدية.</p> <hr/> <p>إساءة معاملة الأطفال.</p> <hr/> <p>أورام الدماغ.</p> <hr/> <p>اضطرابات النمو والتواصل.</p> <hr/> <p>الالتهاب السحائي (التهاب الأغشية المحيطة بالدماغ).</p> <hr/> <p>التسمم.</p> <hr/> <p>الحوادث وإصابات الرأس.</p> <hr/> <p>سوء التغذية.</p>

الوقاية في المستوى الثاني:

وتتضمن الإجراءات المتخذة للكشف عن الإصابة، والتدخل المبكر لمنع المضاعفات الناتجة من حدوث العوامل المؤدية إلى حالة الإصابة وضبطها. ومن الإجراءات الوقائية في هذا المستوى الفحوصات الإكلينيكية، والاختبارات المختلفة للكشف المبكر عن حالات الخلل الفيزيولوجي أو الاضطرابات النفسية. وتوجه الخدمات والإجراءات الوقائية في هذا المستوى في معظمها نحو الأطفال، خاصة الأكثر عرضة أو قابلية للإصابة بحالات القصور والاضطراب.

الوقاية في المستوى الثالث:

تهدف الإجراءات الوقائية في هذا المستوى إلى التقليل من الآثار السلبية المترتبة على حالة القصور والعجز، والتخفيف من حدتها ومنع مضاعفاتها. وتشمل هذه الإجراءات الخدمات التي تقدّم للأفراد، لمساعدتهم في التغلب على صعوباتهم، سواء من خلال البرامج التربوية الخاصة أو التدريب والتأهيل، أو من خلال تقديم الوسائل والأجهزة المعينة، كالمعينات السمعية والبصرية، أو الأطراف الصناعية، أو الخدمات الأخرى المساعدة.



أهداف ومعايير عالمية في مجال الإعاقة

ثانياً: التأهيل: دوره، أنواعه، حدوده

1. دور التأهيل

التأهيل هو العملية التي تستهدف الوصول إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي وجسماني واجتماعي، للحيلولة دون تدهور وظيفة عضو ما بفعل عدم الاستخدام الصحيح له، ويتضمن تقوية الإمكانيات الأخرى لدى الطفل، ما يساعده على التعويض عن القصور الذي أصيب به حواس معينة لديه. التأهيل إذاً عملية تهيئة شاملة طبية ونفسية واجتماعية للطفل وأسرته، من أجل أن يكون أكثر قدرة على تجاوز ضعف قدراته نتيجة الإعاقة وانعكاساتها عليه.



2. أنواع التأهيل:

التأهيل الطبي Medical Rehabilitation:

التأهيل الطبي هو أحد البرامج والأنشطة الأساسية لعملية التأهيل، وهو يُعنى بالجوانب المرضية، سواءً المسببة للعجز، أو الجوانب المرضية والصحية التي يمكن أن تنشأ عن العجز. وتهدف برامج التأهيل الطبي إلى:

- العمل على الوقاية من تكرار حصول حالة العجز باستخدام وسائل الكشف والفحوص الطبية والجينية.
- العمل على الاكتشاف المبكر لحالات العجز وإجراء عمليات التدخل المبكر للحيلولة دون تفاقم مشكلة العجز.
- العمل على تحسين أو تعديل القدرات الجسمية والوظيفية للفرد بوسائل العلاج الطبي اللازمة، إن كان باستخدام العقاقير والأدوية، أو العمليات الجراحية، أو غيرها من الإجراءات، وذلك للوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي.

وسائل التأهيل الطبي:

- الأدوية والعقاقير الطبية
- العمليات الجراحية
- العلاج الطبيعي
- الأجهزة الطبية التعويضية والوسائل المساعدة
- الإرشاد الطبي

التأهيل النفسي Psychological Rehabilitation:

تؤدي الظروف النفسية للشخص ذي الإعاقة وأسرته دوراً بارزاً وحيوياً في تحويل حالة العجز إلى حالة إعاقة، أو في تقبُّل حالة العجز والتكيف معها والعمل على الإفادة من أنشطة التأهيل وبرامجه اللازمة. ولا بد من التذكير بأن الآثار النفسية التي تتركها حالة العجز على حياة الفرد وعلى حياة أفراد أسرته غالباً ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج إلى جهود كبيرة في العمل للتخفيف من المشاعر والضغوط النفسية التي يمكن أن تنشأ عن حالة العجز. إن من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة، الشعور بالخجل أو الدونية أو الذنب، إنكار الإعاقة، الحماية الزائدة أو رفض الطفل ذي الإعاقة وإخفاؤه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعدم المشاركة في مظاهرها. كذلك إنَّ حالة العجز أو الإعاقة تؤثر في الفرد الشخص ذي الإعاقة نفسه، فهي تؤثر في فهمه وتقديره لنفسه وإمكاناته، وتجعله يعيش في حالة من القلق والتوتر والخوف من المستقبل، وقد تؤثر أيضاً في نظره إلى الحياة وثقته بالآخرين.



أهداف برامج التأهيل النفسي:

أهداف موجهة نحو الشخص ذي الإعاقة، وتشمل الآتية:

- مساعدة الفرد المعوّق على تحقيق أقصى درجة من التوافق الشخصي.
- مساعدة الفرد المعوّق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق الاجتماعي والمهني.
- العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.

أهداف موجهة نحو أسرة الفرد المعوّق:

- مساعدة الأسرة على فهم حالة الإعاقة وتقديرها وتقبلها، وذلك من خلال تزويدها بالمعلومات الضرورية عن حالة الإعاقة ومتطلباتها وتعديل اتجاهاتها نحو إعاقة طفلها.
- مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تنشأ عن حالة الإعاقة والتخفيف من آثارها.
- مساعدة الأسرة على الوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم ذي الإعاقة.
- مساعدة الأسرة على بناء توقعات إيجابية وموضوعية عن قدرات طفلها ذي الإعاقة وإمكاناته.
- تدريب الأسرة وإرشادها على أساليب رعاية الطفل المعوّق وتدريبه.

وسائل التأهيل النفسي وأساليبه:

- الإرشاد النفسي
- الإرشاد الأسري
- تعديل السلوك
- التوجيه والإرشاد المهني
- العلاج النفسي



التأهيل الاجتماعي Social Rehabilitation:

إنّ دمج الفرد الشخص ذي الإعاقة في الحياة العامة للمجتمع هو أحد أهداف التأهيل الأساسية، بل هو الهدف النهائي لعملية التأهيل.

وإنّ دمج الشخص ذي الإعاقة في المجتمع يتطلب إعداداً جيداً للتكيف مع متطلبات الحياة العامة والاستجابة للمعايير والقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المتعارف عليها في المجتمع، وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الأفراد والجماعات، إضافة إلى إعداده للاستقلال المعيشي والاجتماعي والأسري.

أهداف التأهيل الاجتماعي:

يهدف التأهيل الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة إلى:

- تطوير مهارات السلوك الاجتماعي التكيفي عند الفرد الشخص ذي الإعاقة.
- العمل على تعديل اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوّق، وتوفير المساعدات ووسائل الدعم المناسبة لها، لتكون قادرة على توفير ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له.
- توفير الظروف الوظيفية لتمكين الشخص ذي الإعاقة من ممارسة حياته والاندماج في الحياة العامة وتكوين أسرة وتلبية احتياجاته واحتياجات أفراد أسرته.
- العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج الشخص ذي الإعاقة في المجتمع المحلي، وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة.
- العمل على توفير الخدمات الاجتماعية اللازمة لتلبية الاحتياجات الخاصة للأفراد ذوي الإعاقة، والحثّ على سنّ التشريعات والقوانين اللازمة لضمان حقوقهم.
- توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في الأنشطة والبرامج التي يوفرها المجتمع لأفراده، سواء أكانت هذه البرامج والأنشطة تعليمية أم اجتماعية أم ثقافية أم ترويحية.
- دعم العمل الاجتماعي التطوعي وتشجيعه، وتأسيس جمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة أو جمعيات أهالي الأشخاص ذوي الإعاقة الاجتماعية والمهنية.

أساليب التأهيل الاجتماعي:

- أسلوب الرعاية المنزلية، ويركز على الوقوف على الظروف الأسرية التي يعيش في ظلها الفرد المعوّق، ومساعدة أسرة الشخص ذي الإعاقة في الحصول على الخدمات المتوافرة في المجتمع.
- أسلوب الرعاية النهارية، أي توفير مؤسسات الرعاية النهارية، تحاشياً لعزلهم عن بيئاتهم الطبيعية واختزال مدة التأهيل.
- أسلوب الرعاية الإيوائية الرعاية، للحالات الشديدة والمتعددة.
- أسلوب الرعاية اللاحقة، ويستخدم بعد إتمام عملية التأهيل ودمج الشخص ذي الإعاقة في أسرته أو في المجتمع أو تشغيله، ويهدف إلى:
 1. مواجهة صعوبات التكيف مع البيئة.
 2. توفير فرص استمرار الشخص ذي الإعاقة واستقراره في التعليم أو في العمل.
 3. مساعدة الشخص ذي الإعاقة على الاستفادة من المؤسسات المختلفة القائمة في المجتمع المحلي.
 4. التأكد من متابعة الشخص ذي الإعاقة للخطة العلاجية، وخاصة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون لخدمات علاجية دائمة.



التأهيل المهني Vocational Rehabilitation:

إنَّ التأهيل المهني يعني في الكثير من الدول العربية الاختيار الوحيد أمام معظم فئات الأشخاص من ذوي الإعاقة. ويعود ذلك إلى الاتجاهات السلبية والتوقعات المتدنية حول قدرات المعوّقين التعليمية التي تميل في الغالب إلى اعتبار المعوّقين غير قادرين على الاستمرار في عملية التعليم، غير أنّ بعض الدول أدركت أهمية إتاحة الفرصة للعديد من الأفراد المعوّقين للاستمرار في عملية التعلم إلى الحد الذي تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم، وهيأت لهم الفرص ليواصلوا تعليمهم حتى أعلى مراحل التعليم الجامعي، مع الإبقاء على التأهيل المهني خياراً بديلاً لمن لا تسمح لهم قدراتهم بالاستمرار في التعلم.

إنَّ التأهيل المهني هو مجموعة البرامج والأنشطة التي تهدف إلى استثمار وتوظيف قدرات وطاقت الشخص المعوّق وتدريبه على مهنة مناسبة يستطيع من خلالها الحصول على دخل يساعده على تأمين متطلباته الحياتية.

أهداف التأهيل المهني:

- توظيف طاقات الشخص المعوّق وقدراته، في تدريبه على مهنة مناسبة.
- ضمان عمل مناسب للشخص المعوّق، وضمان احتفاظه بهذا العمل والترقي فيه.
- ضمان دخل اقتصادي دوري ملائم يستطيع من خلاله الشخص المعوّق تأمين متطلباته الحياتية.
- إعادة ثقة الشخص المعوّق بنفسه وتقديره لذاته والشعور بالإنتاجية.
- تعديل اتجاهات الآخرين نحو قدرات الشخص المعوّق وإمكاناته.
- توجيه واستثمار الأيدي العاملة والطاقات المعطّلة للأشخاص المعوّقين كمورد من موارد التنمية الاقتصادية المنتجة في المجتمع.
- دمج المعوّق في الحياة العامة للمجتمع.

إنَّ تحقيق أهداف التأهيل المهني يتطلب توافر العناصر الآتية:

- توافر الميول والاستعدادات المهنية والقدرات الشخصية المناسبة عند الشخص المعوّق.
- توافر مراكز التدريب المهني، وتزويدها بالإمكانات البشرية والمادية والتقنية المناسبة.
- توافر فرص العمل اللازمة في المجتمع لتشغيل المعوّقين بعد استكمالهم لمتطلبات عملية التأهيل والتدريب المهني.
- توافر الاتجاهات الإيجابية والرغبة من قبل أصحاب المصانع والمصالح التجارية لتشغيل المعوّقين في مراكزهم ومؤسساتهم.
- توافر التشريعات والقوانين اللازمة لحفظ حقوق العمال المعوّقين.

خطوات عملية التأهيل المهني:

- التقويم المهني Vocational Evaluation
- التوجيه المهني Vocational Guidance
- التدريب المهني Vocational Training
- التهيئة المهنية
- التطبيق العملي
- التدريب في سوق العمل
- التشغيل Employment
- التأهيل التربوي Educational Rehabilitation

يُعَدُّ التأهيل التربوي من أهم البرامج في عملية التأهيل، ويعني توفير البرامج التربوية الخاصة (Special Education Programs) للأفراد المعوّقين في البيئات الأقل تقييداً (Restrictive Environment Least). وتختلف برامج التربية الخاصة باختلاف فئة الإعاقة. فالبرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقة العقلية تختلف في مضمونها وأساليبها ووسائلها عن البرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقات السمعية، أو البصرية، أو الجسدية، وهكذا. كذلك تختلف البدائل التربوية المقدمة لفئات المعوّقين باختلاف درجة الإعاقة وطبيعة الاحتياجات التربوية الخاصة، حيث تراوح هذه البدائل ما بين التعليم في الصف العادي (الدمج الشامل Inclusion) إلى التعليم في مراكز ومؤسسات أو مدارس داخلية.

حسب درجة الإعاقة وطبيعة الاحتياجات التربوية الخاصة

ذوي الإعاقة الشديدة	إعاقة متوسطة	إعاقة بسيطة
مدرسة داخلية	صف خاص ملحق بالمدرسة العادية	الصف العادي + غرفة مصادر
مدرسة نهائية خاصة	صف خاص + صف عادي (جزء من الوقت)	دمج في الصف العادي مع توفير الخدمات المساندة البرامج في الصف العادي

يُحدّد البرنامج التربوي المناسب في ضوء الاعتبارات الآتية:

- درجة الإعاقة وشدها: فكلما كانت الإعاقة شديدة، كانت الاحتياجات التربوية الخاصة أكثر، وكانت الحاجة إلى مدارس نهائية أو داخلية أكثر.
- درجة وعي الأسرة واتجاهات وتوقعاتها من الطفل: فكلما كانت اتجاهات الأسرة سلبية، وتوقعاتها من طفلها متدنية، اتجهت نحو المدارس الخاصة أو المؤسسات الداخلية.
- مدى توافر الخدمات التربوية في البيئة التي يعيش فيها الطفل. إنّ من الضروري معرفة أنّ المكان التربوي يجب ألا يكون مكاناً دائماً للطفل، حيث إنه كلما تغيرت حاجاته التربوية، تغير وفقاً لها البرنامج التربوي، وبالضرورة قد يتغير المكان التربوي.
- عملية التأهيل التربوي، بغض النظر عن المكان التربوي الذي تطبق فيه، تهدف إلى تزويد الطفل المعوّق بالمعلومات والمهارات الضرورية التي تلبي احتياجاته التربوية الخاصة من خلال برامج تربوية وأساليب تدريس ووسائل تعليمية مناسبة يؤدها معلمون متخصصون في التربية الخاصة يجري إعدادهم في الكليات التربوية في الجامعات.

تأهيل البيئة:

- إنّ خطة التأهيل يجب ألا تقتصر على الفرد المعوّق فقط، بل يجب أن تمتد لتشمل البيئة التي يعيش فيها الفرد المعوّق أيضاً إذا ما أردنا أن نحقق أهداف عملية التأهيل المتعلقة بمواجهة المشكلات التي يمكن أن تنجم عن العجز، وكذلك إذا ما أردنا إعادة دمج الشخص المعوّق في المجتمع.
- إنّ تأهيل بيئة الفرد المعوّق يعني توفير الظروف البيئية المناسبة، سواء ما يتعلق منها بالبيئة البشرية أو البيئة المادية والطبيعية، وذلك من أجل توفير الظروف البيئية الملائمة لنجاح عملية التأهيل وتلبية الاحتياجات الخاصة للفرد المعوّق والناجمة عن حالة العجز التي يعاني منها.
- وتُعَدُّ البيئة المحررة من العوائق من أهم الاتجاهات التأهيلية المعاصرة التي حظيت باهتمام كبير، إن كان على المستوى التشريعي أو المستوى التنفيذي في العديد من دول العالم.

إنَّ عملية تأهيل البيئة يجب أن تركز على عنصرين لا يقلُّ أحدهما أهمية عن الآخر، وكذلك لا يقلُّن أهمية عن تأهيل الفرد المعوِّق لنفسه، وهما:

● **العنصر الأول،** ويتمثل في تأهيل الأسرة التي

يعيش في ظلها الفرد المعوِّق، إن كان بتعديل اتجاهات أفرادها أو بإرشادهم وتقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي لهم، أو بتدريبهم على أساليب التعامل مع الفرد المعوِّق. ويشتمل هذا العنصر أيضاً على تعديل الاتجاهات الإيجابية وتطويرها من قبل أفراد المجتمع لزيادة تقبُّل الفرد المعوِّق ومنحه فرص الاندماج والعيش بحرية واستقلال.

● **العنصر الثاني،** ويتمثل في البيئة الطبيعية وتأهيلها لتناسب مع حاجات الأفراد المعوِّقين ومتطلباتهم المتمثلة في السكن والمواصلات وتهيئة المباني العامة والتجارية والخدماتية والترفيهية، وإجراء التعديلات الملائمة عليها لتمكين الأفراد المعوِّقين من الاستفادة منها دون أية حواجز أو عوائق، وكذلك الأمر في ما يتعلق بوسائل المواصلات لتيسير مهمة تنقلهم.

● **ومن المؤشرات الدالة على اهتمام الدول بتحرير البيئة من العوائق،** قيام العديد منها بسنِّ التشريعات والقوانين والأنظمة التي تطالب بإجراء التعديلات اللازمة على المباني والمنشآت والطرق وإشارات المرور وغيرها ضمن ما يسمى كودة البناء الخاصة بالمعوِّقين، أو قانون العوائق المعمارية.

New Math

32

10

10

20

3





أنواع الاعتاقات



الإعاقات الجسمية والصحية

التعريف

وهي الإصابات التي تحدث نتيجة لحالات الشلل الدماغي أو شلل الأطفال أو بتر طرف أو نتيجة مرض أو حادث أو تشوه في العظام أو المفاصل أو ضمور في العضلات أو فصل في العظام وحالات الانزلاق الغضروفي، وغير ذلك من الأسباب الوراثية أو البيئية المكتسبة التي تسبب حدًا أو إيقاف حركة الشخص المصاب في منزله أو المجتمع.

تصنيفات الإعاقات الجسمية والصحية

أولاً: إصابة الجهاز العصبي المركزي (Neurological Impairments): الشلل الدماغي، استسقاء الحبل الشوكي (الصلب المشقوق) spina bifida، إصابة الحبل الشوكي، الصرع، استسقاء الدماغ، شلل الأطفال، التصلب المتعدد للأنسجة العضوية (التصلب اللويحي) Multiple Sclerosis.

ثانياً: إصابات الهيكل العظمي (Skeletal Impairments): الأطراف و/أو تشووها، الحنف، تصلب عظام الورك، تشوه مكونات العظام، التهاب عظام المفاصل، الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل الروماتيزمي، الشفة المشقوقة، الشق الحلقي، الجنف (ميل العمود الفقري إلى أحد الجانبين)، الكساح.

ثالثاً: الإصابات المتعلقة بالعضلات (Muscular Impairments): ضمور العضلات، ضمور العضلات الشوكية.

رابعاً: الإصابات الصحية (Health Impairments): الأزمة الصدرية "الربو"، التليف المراري/الكبدية، اضطرابات القلب، مرض السكر "السكري"، متلازمة داون، النشاط الزائد، الأصابع الملتصقة والزائدة، النقرس (داء الملوك).



إصابة الجهاز العصبي المركزي (Neurological Impairments):

الشلل الدماغي (Cerebral palsy)

يطلق مصطلح الشلل الدماغي على الاضطرابات النمائية أو العصبية التي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل، وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة. تنجم هذه الاضطرابات عن خلل أو تلف في الدماغ وتؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض والمشكلات الحركية والحسية والعصبية التي تظهر على شكل تشنج أو توتر في الحركة والأوضاع الجسمية وما يصحبها من تشوهات في الأطراف. ولا يعد الشلل الدماغي إصابة وراثية باستثناء بعض الحالات النادرة، وهو ليس مرضاً معدياً أو متطوراً، بمعنى أن الحالة لا تزداد سوءاً بمرور الوقت.

تصنيفات الشلل الدماغي

التصنيف الأول: نمط الإصابة وطبيعتها، وينقسم إلى أربعة أقسام:

- الشلل التشنجي (Spasmticity): يعود إلى التلف الذي يحدث في مركز الحركة بالقشرة الدماغية، ما يؤدي أحياناً إلى إصابة الأجهزة الحسية كالسمع واليبصار والنطق. من الناحية الحركية، تتصف هذه الإصابة بالمبالغة في استجابة الأطراف وتشنجها وزيادة التوتر العضلي على نحو متكرر وغير إرادي، وأخيراً تيبسها وتصلبها.
- الشلل اللائوائي أو التخبطي أو اللاتظامي (Athetosis): موقع هذه الإصابة يكون في جذع الدماغ، وبما أن موقع هذه الإصابة يكون بعيداً عن مراكز الدماغ العليا، فإننا نجد أن المصابين بهذا النوع لا يتأثر أداؤهم العقلي، فمنهم المبدعون في مجالات الطب والعلوم والفنون والآداب.
- الشلل التخلجي أو اللاتوازني أو الكنغاني (Ataxia).
- الشلل التيبسي (Rigidity): وهي من أكثر حالات الشلل الدماغي شدة، بحيث يكون معها جسم المصاب في حالة تصلب وتشنج وتوتر دائم.

التصنيف الثاني: الطرف أو الأطراف المصابة

- الأحادي (Monoplegia): إصابة طرف واحد من الأطراف، وهي من الحالات النادرة.
- الشلل النصف الجانبي (Hemiplegia): عندما تكون الإصابة في القسم الأيمن أو الأيسر في الجسم، وتمثل حوالي 40% من الحالات.
- الشلل الرباعي (Quardiplegia): عندما تؤثر الإصابة في أطراف الجسم الأربعة وتتركز في الرقبة والجذع.
- الشلل السفلي (Paraplegia): عندما تكون الإصابة في الأطراف السفلية من الجسم، وتمثل نحو 10-20%.
- الشلل الكلي السفلي (Diplegia): عندما تكون الأطراف الأربعة متأثرة بالإصابة، ولكن الأطراف السفلى أكثر تأثراً من العليا.
- الشلل الثلاثي (Triplegia): تكون الإصابة في ثلاثة أطراف من الجسم.

شلل الأطفال (Poliomyelitis)



تنتج الإصابة عن فيروس يصيب أنسجة الخلايا العصبية الحركية في الجزء من النخاع الشوكي، وقد يؤدي ذلك إلى ضعف شديد بالعضلات، وتشنجات قوية وشلل كامل، وتشوهات في الهيكل العظمي. وشلل الأطفال مرض معدٍ يصيب الأطفال، وهو عبارة عن إصابة صحية يسببها أحد ثلاثة أنواع من فيروسات شلل الأطفال التي تصيب الخلايا العصبية، ما يؤدي إلى إنهائها وحدوث الإصابة.

إصابات العمود الفقري والنخاع الشوكي

يُعدّ النخاع الشوكي (الحبل الشوكي) المركز الرئيس لكل الأعصاب الطرفية، وهو المسؤول عن الحركة في جميع أنحاء الجسم، وكذلك الإحساس بأنواعه المختلفة

مع القدرة على التحكم في البول والبراز والانتصاب، وتختلف إصابات النخاع الشوكي في شدتها وخطورتها حسب مكان الإصابة من العمود الفقري، وأكثرها تعقيداً إصابات النخاع الشوكي المتعددة التي تحدث نتيجة إصابة الفقرات العنقية والصدرية مع إصابات أعلى الرقبة وأسفل الجذع الدماغية.

وتتنوع إصابات النخاع الشوكي (الحبل الشوكي)، كالتالي:

- إصابات كاملة في العمود الفقري (complete spinal cord syndrome) ينتج منها شلل كامل تحت مكان الإصابة مع ضعف كامل بالعضلات والأطراف، وتكون مصحوبة بما يسمى الصدمة العصبية النخاعية (Spinal shock) التي ينتج منها توقف شامل للخلايا العصبية في النخاع الشوكي، إضافة إلى هبوط حاد في الضغط يستمر لعدة أسابيع.
- إصابات جزئية بالعمود الفقري (incomplete spinal Cord syndrome)، وهذه الإصابات تتنوع في الأشكال، ومنها:



- إصابة الجزء الأمامي للنخاع الشوكي (anterior cord syndrome) تؤدي إلى شلل تام أسفل الإصابة مع الاحتفاظ بالإحساس الخلفي المسؤول عن إحساس مكان العضو وإحساس التردد والضغط.
- إصابة الجزء الخلفي للنخاع الشوكي (posterior cord syndrome) تؤدي إلى ضعف بالإحساس الخاص لتحديد المكان أو التردد مع إحساس الضغط على العضو.
- إصابات الجزء الوسط من النخاع الشوكي (central cord syndrome):

تؤدي إلى ضعف بالأطراف العلوية مع الاحتفاظ بالقوة بالأجزاء السفلى مع عدم التحكم في البول والبراز وغالبا ما تصيب كبار السن.

- إصابات أعلى النخاع الشوكي:

وهي أخطر الإصابات، وتندرج تحتها إصابات الجذع الدماغية السفلى، وهي أخطر أنواع الإصابات على الإطلاق، حيث ينتج منها شلل تام في الأطراف الأربعة، مع عدم القدرة على التنفس مع صعوبة بالكلام أو البلع.

والمريض هنا لا يحرك من أعضائه إلا العينين، ويستطيع فهم الكلام، ولكنه لا يستطيع التعبير بواسطة الكلام أو الحركة.

تسمى هذه الحالة متلازمة الانغلاق locked in syndrome، حيث إن جميع الأعصاب العصبية السفلية تتأثر بالإصابة، ويستطيع الإنسان التفكير والفهم وعنده كامل الإدراك، ولكن دون القدرة على الحركة أو التعبير ويكون معتمداً على جهاز التنفس الصناعي، ولا يستطيع العيش بدونه ويستمر على ذلك لفترات طويلة.

التصلب اللويحي المتعدد (Multiple Sclerosis):

التصلب اللويحي المتعدد هو مرض يصيب الجهاز العصبي المركزي ويؤدي إلى التهاب وتلف في مناطق مختلفة من النخاع (المادة البيضاء التي تحيط بالألياف العصبية لحمايتها) فتصبح غير قادرة على القيام بوظيفتها كما ينبغي ويصعب عليها إيصال الأوامر من الدماغ إلى الأعضاء. وسبب هذا المرض ما زال مجهولاً، وقد يكون فيروساً بطيء التطور أو تفاعلاً مناعياً ذاتياً أو الاثنين معاً أو عاملاً بيئياً.

يحصل التصلب اللويحي المتناثر في المناطق ذات المناخ المائل إلى البرودة أكثر منه في المناطق حول خط الاستواء، وهو يصيب النساء أكثر من الرجال والذين تراوح أعمارهم ما بين 20-40 سنة، وقلما يبدأ في الطفولة، وللعامل الجيني دور، إذ يحصر في الأقارب.

أعراض التصلب اللويحي المتناثر:

يصيب التصلب اللويحي المتناثر أي منطقة من الدماغ، ويتميز بالشعور بضعف مفاجئ ومؤلم في بصر العين الواحدة أو بازدواج الرؤية، وبتمميل وخدر وضعف في ناحية واحدة من الجسم، وبصعوبة في المشي ومشاكل في التوازن وفي البول. وتزول غالباً هذه الأعراض بعد الهجمة الأولى لأشهر أو لسنين، ثم تتبعها هجمة أخرى، وقد تستمر فترات النكسات والهدوء لسنوات تزداد خلالها الأعراض سوءاً.

الصرع (Epilepsy):

الصرع عبارة عن عارض ناجم عن إطلاق مؤقت ومفرط للحركة العصبية في الدماغ، الناجمة عن أسباب من داخل الرأس وخارجه. ويتصف الصرع في هذه الحالة بنوبات محددة تميل إلى التكرار، وتتسم باضطراب في الحركة أو الإحساس أو السلوك، أو الوعي، أو المزاج، أو الإدراك، أو الفكر أو أي تجمع لهذه الأعراض.

أنواع النوبات الصرعية:

● نوبة الصرع الكبرى (Grand Mal):

تُعَدُّ نوبة الصرع الكبرى من أشد حالات الصرع عنفاً وقسوة على الشخص المصاب، وأبرز ما تتصف به أن المرء يفقد فيها الفرد وعيه وإحساسه بمن حوله فيصرخ أولاً ويحمل عينيه ثم يفقد توازنه ويقع على الأرض، فقدان تضطرب فيها جميع وظائف الفرد المصاب بحيث تكون العضلات بمجملها في حالة اضطراب وحركة دائمة وفقدان الوعي وظهور حركات لا إرادية وتشنج عضلات الأطراف والجذع والمفاصل، وتستغرق في العادة من 2 إلى 5 دقائق.

● نوبة الصرع الخفيفة (Petit Mal):

وتتصف هذه الإصابة بغياب عن الوعي لفترة بسيطة جداً، نحو 5 – 10 ثوان، وتصيب الأطفال عادة بين سن 10 سنوات، ولذلك من الصعب جداً التعرف عليها ووصفها بدقة كما هي الحال في نوبة الصرع الكبرى.

● النوبة النفس حركية (Psychomotor Fit):

وتتصف هذه الإصابة بعدم فقدان الوعي، بحيث يبقى الشخص المصاب واعياً لما حوله، والقيام ببعض العوارض غير الهادفة، مثل تلمظ الشفاه أو المضغ، وتكون قصيرة الأمد قد تصل إلى بضعة ثوانٍ فقط ويتبعها فقدان للذاكرة، ويصدر عن الشخص المصاب كلام بذيء، وقد يؤدي نفسه أو من حوله.

استسقاء الدماغ (Hydrocephalus):

هو تجمع زائد للسائل الدماغى الشوكى داخل الدماغ عند الطفل، ما قد يسبب ضغطاً زائداً على بنى الدماغ وزيادة حجم رأس الطفل وتأثيرات مهمة أخرى، وهو أكثر تشوه يصيب الدماغ عند الأطفال، ويصيب نحو طفل واحد من كل ألف طفل عند الولادة، وقد يحدث عند الجنين أو بعد الولادة قليلاً أو متأخراً، وهناك أشكال مكتسبة بعد الولادة.

ما هو مستقبل الطفل المصاب بحالة استسقاء الدماغ على المدى البعيد؟
يختلف إنذار المرض من طفل لآخر بحسب شدة الإصابة، ويمكن أن تتأثر حياة الطفل وتطوره العقلي، وهذا يعتمد على شدة الاستسقاء، ويبقى التشخيص المبكر أهم عامل في تحسن الطفل، وكذلك يجب الانتباه إلى الوقاية من الإنتان بعد تركيب جهاز التصريف. والمتابعة الدقيقة لحالة الطفل.

شق الحلق والشفة الأرنبية (Cleft and Lip palate)

تُعدّ شقوق الشفة والحنك من تشوهات الوجه والفم الوراثية التي تحدث في مراحل الحمل المبكرة. تحدث هذه الشقوق عندما يكون هناك نقص في الأنسجة عند الحنك أو عند منطقة الشفة، حيث إن اتصال الأنسجة المتكونة خلال هذه المرحلة داخل الفم لا يحصل بالنحو الطبيعي.

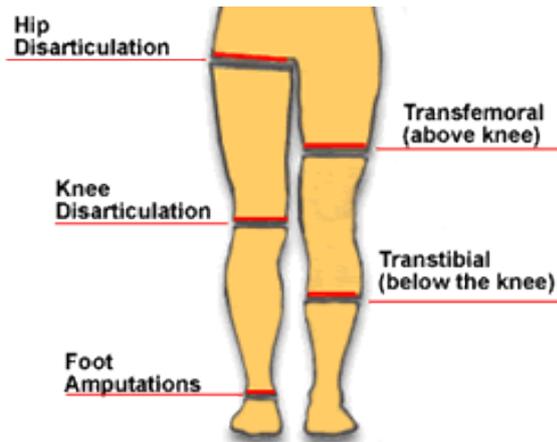
الشفة الأرنبية: هي عبارة عن تجزئة أو انفصال في جانبي الشفة العلوية ويظهر كفتحات أو فجوات على السطح الخارجي للشفة ذاتها، يمتد غالباً هذا الانفصال ليصل إلى اللثة العلوية أو إلى ما وراء الأنف، شاملاً معه عظام الفك العلوي.

شق الحنك: وهو عبارة عن انشقاق سقف الفم، قد يصيب هذا الانشقاق كلا من الحنك الصلب (وهو الجزء الأمامي العظمي من سقف الفم)، أو الحنك الرخو، وهو الجزء الخلفي الرخو من سقف الفم. قد تحدث الإصابة بهذه التشوهات على جانب واحد من أو جانبيين الفم، لأن كلا من الفم والحنك يتكونان خلال مراحل نمو الجنين داخل الأم بنحو منفصل، لذلك من المحتمل الإصابة بتشوه الشفة دون الإصابة بتشوه الحنك، والعكس صحيح، أو قد يتعرض الطفل للإصابة بالاثنتين معا.

إصابات الهيكل العظمي (Skeletal Impairments):

تعريف البتر:

هو فقدان لأحد أعضاء الجسم، ويكون غالباً إصبع اليد أو القدم أو الذراع أو الرجل، ويكون نتيجة للتعرض لحادثة أو إصابة أو مرض ما مثل السكري وأمراض انسداد الشرايين، أو نتيجة لأورام خطيرة مثل السرطان. وقد يكون فقدان الأطراف خلقياً، أي أن يولد الطفل، بدون طرف أو أكثر من ذلك، أو أن يولد بطرف قصير ومشوه وعادة ما يكون بتر الأطراف السفلية أكثر انتشاراً من الأطراف العلوية. وإذا سببت الحادثة أو الإصابة بترًا كاملاً للعضو، يمكن إعادة العضو المبتور مرة أخرى إلى مكانه إذا قُدِّمت العناية الملائمة والصحيحة الفورية لهذا العضو.



حالات البتر وفقدان الأطراف:

أنواع البتر: تعود تسمية نوع البتر إلى موقع البتر ومستواه:

- بتر مفصلي (نصف المفصل)
- بتر فوق الركبة (قصير أو طويل)
- بتر تحت الركبة (قصير أو طويل)
- بتر مشط القدم (وبرده)
- بتر الكوع (طويل أو قصير)
- بتر تحت الكوع (طويل أو قصير)

بتر الأطراف: هناك عوامل عديدة هي التي تحدد ذلك، في ما إذا كانت إصابة أو حادثة، لكن ليس كل إصابة تحتم عمل ذلك. أما إذا كان مرضاً فالدورة الدموية ورأي الجراح هما أصحاب القرار. وفي المجمل كلما كان الجزء المبتور صغيراً وليس من عند المفاصل، كان ذلك أسهل في تركيب الأطراف الصناعية أو إجراء الجراحات الترقيعية، كما أن الطاقة التي ستبذل في المشي تزيد، لأن العضو أصبح أقصر.

المضامين النفسية والاجتماعية:

إن العوامل النفسية والاجتماعية عند بعض الحالات عادة ما تكون أكثر تأثيراً من المشكلات البدنية، لذلك فلا بد أن يراعي الفريق التأهيلي والمحيط الأسري الاجتماعي هذه العوامل بكل اهتمام وحذر. وإن من أهم العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر في حالة الشخص المصاب هي:

- الشعور بالحزن والنقص والفشل.
- الشعور باختلاف المظهر وإنكار أهمية الجزء المصاب في الجسم.
- الشعور بالغضب على كل من يحاول المساعدة كرد فعل على الشعور بالنقص والعجز.
- الشعور بالإحباط واليأس الناتج من شعور المصاب المستمر بالحاجة إلى الآخرين، والشعور بالعزلة الاجتماعية.
- الشعور بالحرج، خصوصاً في حالات استخدام أطراف اصطناعية أو أجهزة تلفت انتباه الآخرين وتجعلهم ينظرون إلى المصاب على أنه إنسان غير طبيعي.

العلاج: بعد انتهاء العلاج الطبي الذي يشمل العلاج الجراحي، تبدأ مرحلة التأهيل التي تشمل العلاج الفيزيائي والوظيفي والأطراف الاصطناعية. إن للعلاج الطبيعي دوراً كبيراً في المحافظة على الحركة الكاملة (مجال الحركة) في المفاصل فوق مستوى البتر، وكذلك في المحافظة على شكل هرمي لنهاية البتر، وذلك من طريق لفّ المشد الطبي بالطريقة الصحيحة.

وللعلاج الوظيفي دور مهم في تدريب المريض على المحافظة على أداء الوظائف الحياتية اليومية قبل وبعد تفصيل الطرف الصناعي وبعده من قبل الفني.

فقبل تفصيل الطرف الصناعي يكون العلاج الوظيفي من طريق التدريب على استخدام العكازات وتمارين التوازن والإعداد لاستخدام الطرف الصناعي. أما بعد تفصيل الطرف، فيكون دوره التدريب على الطريقة الصحيحة في لبس الطرف والوقوف والمشي.





التقزم:

إن الطفل القصير القامة لا يُعدّ قزماً في كل الأحوال، فثمة معايير طبية تحدد صف الأفراد كأفرادٍ في المجتمع من بين الأفراد ذوي القامات القصيرة. أما تعريف التقزم لدى شخص ما، فهو الطول الذي يقل عن متوسط أقرانه، بالعمر، والجنس، والشروط البيئية، والنفسية ذاتها.

علاج التقزم:

يتفائل خبراء الطب بوجود إمكانية لعلاج إخضاع نمو الطفل لمراقبة مستمرة بغية التأكد من أن نموه ينحو منحى سليماً. أما إذا تبين أن نموه غير طبيعي ولديه اضطراب، فإنه يعالج بتدخل طبي مبكر، لكنه مكلف جداً خصوصاً بالنسبة إلى الدواء المرتفع الثمن. فالفحوصات المبكرة مجددة كما يؤكد الأطباء، وهي للأطفال تكون نتائجها مضمونة العلاج. ولا تطرح حالة التقزم عند الذين تجاوزوا سن الرشد بسنوات محدودة، إذ لم تعد تجدي زيارتهم للمستشفيات الطبية المختصة، ذلك أن الأمل في علاجهم تبخر عند بلوغهم هذه السن، وعدد كبير من هؤلاء فطنت أسرهم إلى وجود إمكانية علاج مرض القزامة، لكن بعد فوات الأوان.

في حال اضطراب الغدد الصماء عند الطفل،

لا بد من تبيان القزامة النخامية الناشئة عن نقص هرمون النمو المنعزل وأثر ذلك على غضاريف النمو، وغالباً ما تظهر حالة القصر في القامة منذ بداية الشهر الأول من العمر وتتضح بصورة أكبر في سن العامين. ونجد أن العمر الطولي والعمر العظمي للطفل ينقص عن العمر الزمني، وأن سرعة النمو الطولي عند هؤلاء الأطفال تكون أقل من 2 سم في العام الواحد، ويظهر النقص في هرمون النمو عند الأطفال بمعدّل ثلاث أو أربع مرات أكثر في الصبيان من الفتيات، وقد يضطر الطبيب بعد أن يتبيّن له النقص الحاد في هرمون النمو لدى الطفل أن يحقنه بمادة هرمون النمو الاصطناعية خمس مرات في الأسبوع حتى يصل معدل الهرمون إلى المعدّل الطبيعي في الجسم. والجدير بالذكر أنه مادام الطفل المصاب قد تابع العلاج منذ سنواته الأولى أو من السنة السادسة، فسوف يكون بإمكانه أن يتابع نموه الطبيعي بعدها كأبي طفل سليم آخر.

الإصابات المتعلقة بالعضلات (Muscular Impairments):

ضمور العضلات:

هو مرض يمكن أن يعرف بأنه يشمل أي حالة مرضية، أو غير طبيعية تصيب أنسجة العضلات، خاصة العضلات الهيكلية، والتي يكون فيها ضعف العضلات هو الشكوى الأولية، نتيجة لعدم قدرة العضلات المصابة بأداء وظائفها على الوجه الأكمل.

ومرض ضعف العضلات أو ضمور العضلات يصيب ألياف العضلة، ما يؤدي إلى عدم قدرة العضلة على

القيام بوظيفتها، لعدة أسباب، ما ينتج منه ضعف فى العضلة بشكل عام. ومرض ضعف أو ضمور العضلات يعبر عن خلل فى العضلة نفسها، بالرغم من كفاءة العصب أو الأعصاب المتصلة بها، والتي تختلف عن المشاكل التي تنشأ عن خلل فى الأعصاب أو المراكز الدماغية العليا، وعليه فإن أمراض العضلات يمكن أن تصنف تبعاً لطبيعتها إلى صنفين رئيسيين: الأول عصبي عضلي (Neuromuscular)، ويشمل عدة أنواع، والثاني ما يعرف بالنوع العضلي الهيكلي الحركي (Musculoskleta). ويمكن أن نقسم أسباب ضمور العضلات إلى عدة مجموعات، منها ما يكون سببه متوارثاً في أغلب الأنواع، ومنها ما يكون مكتسباً ناتجاً من الإصابة بمرض آخر، ومن أشهرها تلك التي تحدث نتيجة لتناول مواد معينة أو عقاقير، ومنها ما يحدث مع بعض الأمراض، كشلل الأطفال، ومنها ما يحدث مع التهابات الجلد، كما سيتم توضيح ذلك كالتالي:

المجموعة الأولى:

وتشمل ضمور العضلات المعروف بالخلل العضلي (الانحلال العضلي الشاذ) المتوارث – Inherited Muscular Dystrophies وهذه المجموعة تشمل العديد من الأنواع، تصل إلى حوالي سبعة أنواع، ولكن أشهرها ما يعرف بالـ Duchenne Myopathy، التي تتميز بحدوث حالة تآكل لبعض أنسجة العضلات، ثم عملية إعادة بناء قاصرة، ما ينتج منه ضعف متزايد في الحدة العضلات المصابة، والذي قد يؤدي إلى حالة من عدم القدرة على المشي، واستخدام مقعد متحرك، والتي قد تصل خطورتها إلى الذروة عند إصابة عضلات التنفس بالقفص الصدري أو عضلة القلب.

المجموعة الثانية:

وتشمل ضعف العضلات الالتهابي – Inflammation، الذي غالباً ما يحدث نتيجة لمشاكل للجهاز المناعي للمصاب، تنتج منه مهاجمة مكونات العضلات التي جرت مهاجمتها، ما يؤدي لإلى الالتهابات بالعضلات المصابة، وتتضمن على سبيل المثال الالتهاب الجلدي العضلي، وكذلك الالتهابات التي قد تنشأ عن حالات شلل الأطفال.

المجموعة الثالثة:

والتي تندرج تحت مسببات ميتابوليزمية (الاستقلابية) Metabolic، التي تنتج بسبب خلل وعيوب في العمليات الكيميائية في التمثيل الغذائي الخاص بالعضلات التي تصاب، وتشمل ما لا يقل عن ستة أنواع.

المجموعة الرابعة:

وتشمل هذه المجموعة ضعف أو وهن العضلات نتيجة لمسببات دوائية وتشمل العديد من العقاقير - Drug Induced Myopathies، ومن أهمها عقار البنيسيللامين، والكورتيزون، وكذلك الكحول وغيرها.

المجموعة الخامسة:

وتشمل ضمور أو ضعف العضلات الناتج من مشاكل بالغدد الصماء - Endocrine، ومن أهمها اضطرابات الغدة النخامية والدرقية.

المجموعة السادسة:

وتشمل ضمور العضلات الناتجة من خلل بالحبيبات الخيطية للخلية (Mitochondrial)، وهي تندرج تحت الأنواع المتوارثة وتحدث نتيجة لقصور شديد في معدلات الطاقة اللازمة للعضلات المصابة، ما يؤدي إلى وهنها.

أما عن الأعراض المرضية،

فيمكن تلخيصها في أنه يحدث ضعف في قدرة الشخص أو الطفل في استخدام عضلاته المصابة، وقد يتطور الأمر إلى حدوث تقلصات متكررة، أو يباس بالعضلة، وقد يحدث تشنج عضلي.

أما عن العلاج،

فإن مسبباته عديدة ومختلفة في طرق حدوثها، فليس هناك أسلوب علاجي شامل للأنواع كلها، ولكنها تختلف من صنف إلى آخر، فهناك بعض الأنواع ينفعها بعض العلاجات الدوائية، ومنها ما يحتاج للعلاج الطبيعي، ومنها ما يحتاج للعلاج بوخز الإبر، وأبحاث حديثة بدأت في الاستفادة من منظومة وعلم الخلايا الجذعية، لعلاج بعض الأنواع لهذا المرض.

الإصابات الصحيّة (Health Impairments)

الحساسية الصدرية أو الربو (Asthma)

أكثر ما يميز هذه الإصابة أنها تسبب سعالاً مستمراً وصعوبة في عملية التنفس بحيث يصدر المصاب صوتاً مزعجاً يشبه الصفير، تنتج الإصابة من:

- ضيق القصبات الهوائية بسبب العضلات المحيطة بالإطار الداخلي لهذه القصبات.
- تضخم الأنسجة الداخلية للقصبات الهوائية الذي ينتج من توسع الأوعية الدموية التي تمر بجدار القصبات الهوائية.
- زيادة السائل المفرور داخل القصبات الهوائية.

وقد تحدث الإصابة في أي وقت بعد الولادة بحيث تكون ناتجة في مثل هذه الحالات المبكرة من حياة الطفل من عوامل التغذية أو لظروف وعوامل بيئية غير مناسبة للطفل، ويستطيع بعض الأطفال إظهار تحمل زائد للإصابة بحيث يتمكن هؤلاء من الشفاء كلياً، وقد يحدث العكس تماماً، بحيث تضعف قدرة بعضهم على التحمل فتزداد حدة الإصابة، وتختلف حدة الإصابة، فقد تستغرق دقائق معدودة وقد تستمر ساعات طويلة.



يساعد العلاج الفعّال لهذه الإصابة في شفاء الحالات البسيطة منها وتخفيف حدة الحالات الشديدة، ويعد إعطاء المطاعيم اللازمة ضد الحساسية وتقديم الجرعات في فترات متباعدة بهدف توفير المناعة الكاملة للجسم أمراً حيوياً. وللوقاية التامة من هذه الإصابة للأطفال الحديثي الولادة، يجب توفير المعالجة الفورية لأي التهاب يصيب الطفل وعدم تعريضه للمثيرات البيئية، وجعل سريره خالياً من الغبار أو الأغطية المسببة للحساسية الزائدة، والحذر كذلك من وجود المثيرات المادية الأخرى. وعند حدوث الإصابة، فإن الإجراءات التالية سوف تساهم بلا شك في التخفيف من حدتها والتقليل من الآثار المترتبة عليها:

- العمل باستمرار على إخراج المخاط المترسب من خلال الضغط على ظهر الطفل في أوضاع جسيمة محددة.
- أثناء الإصابة يجب استعمال الأدوية اللازمة لاسترخاء عضلات القصبات الهوائية.
- توعية الطفل على طبيعة الإصابة.
- تجنب المصاب أية انفعالات سواء في البيت أو المدرسة، حيث إن مثل هذه الأعراض قد تزيد من حدة الإصابة وتفاقمها.
- الموازنة بين إصابة الطفل بالأزمة الصدرية وحاجته الملحة للمشاركة في الأنشطة الصفية المختلفة، وبناءً عليه يفضل التركيز على التمارين الرياضية المفيدة لعملية التنفس والتمارين الرياضية القصيرة، وكذلك السباحة.
- يجب معاملة الطفل المصاب بالأزمة الصدرية كأى طفل آخر، حيث إن قدراته العقلية عادية.
- يُنصح بتناول الطفل الماء الفاتر عند الإصابة، وخاصة في الحالات البسيطة.

الالتهاب الكيسي التليفي (Cystic Fibrosis):

هذا المرض الوراثي يصيب الرئتين والبنكرياس ويؤدي إلى تليفهما أو تكيسهما، ثم تمتد الإصابة في مراحلها الشديدة إلى بقية أعضاء الجسم الداخلية عندما تتراكم مادة مخاطية لزجة وسميكة ليس فقط في

الرئتين والبنكرياس، بل في معظم أعضاء الجسم الداخلية كالمعدة والأمعاء والغدد. يمكن التعرف إلى الحالة واكتشافها عند ملاحظة وجود السائل المخاطي الكثيف في براز الطفل، إضافة إلى أنه يمكن أيضاً التعرف إليها في مراحلها الأولية، عند ملاحظة وجود صعوبات في التنفس لدى الطفل وما يصاحبها من سعال مستمر إلى الحد الذي يشبه حدوث أزمة صدرية لديه. من الناحية الطبية فإن علاج الإصابة يتطلب الآتي:

- تعويض وظائف البنكرياس بالأدوية والعقاقير الطبية المناسبة.
- تخفيف الوزن ما أمكن، حيث إنه يصعب على المصابين امتصاص المواد الدهنية وتعويضهم بالتغذية المناسبة والفيتامينات.
- توفير كمية إضافية من الملح في طعام المريض، وخاصة في فصل الصيف، وقد يكون ذلك من طريق الأدوية والعقاقير.
- العمل باستمرار على تنظيف الرئتين من السائل المخاطي المترسب.

وفي المواقف المدرسية فإن من واجب المربين العمل على:

- تفسير الإصابة وطبيعتها لبقية الطلبة.
- إبعاد المصاب أثناء السعال عن زملائه.
- حيث إن قدراتهم العقلية عادية، فإنه يجب معاملتهم كبقية الطلبة والسماح لهم بالمشاركة في جميع الأنشطة الصفية والعمل على مراقبتهم في نفس الوقت، وخاصة في فصل الصيف بهدف ضبط كمية الأملاح المتسربة بواسطة العرق من أجسامهم.
- السماح لهم داخل غرفة الصف بالآتي:
- تناول العقاقير والأدوية اللازمة.
- مغادرة غرفة الصف عند الحاجة، وذلك نظراً إلى ما يشعرون به من حاجة مستمرة لاستخدام الحمام بسبب زيادة السائل المخاطي المترسب في ثيابهم الداخلية.

متلازمة داون (Down Syndrome):

تعود إلى اضطراب في الكروموسوم (21) بحيث يكون هناك كروموسوم زائد، وقد يحدث هذا الخلل في الكروموسومات نتيجة صغر (أقل من 17 سنة) أو كِبَر عمر الأم (أكثر من 40 سنة). تتميز هذه الحالات بالخصائص الجسدية والإكلينيكية التالية:

- ميل وانحدار في العينين يصاحبه مصاعب في حدة الإبصار، وتضخم في جفن العين.
- انبساط في مؤخرة الرأس وصغر في الجمجمة.
- صغر حجم الأنف (الأنف أفطس).
- انخفاض في موقع الأذن، ونمو غير عادي لقناة الأذن.
- قصر الأطراف وتضخمها.
- وجود مسافة بين إصبع القدم الكبير وما يليه، ووجود التحام أو تضخم أو انبساط في أصابع القدم.
- تأخر النمو الحركي.
- صعوبات في القلب والتنفس وفي وظائف الرئتين.
- فقر الدم.
- نقص المقدرة على مقاومة الالتهابات كالتهابات الأذن والرئتين.
- ضعف العظام والأنسجة العصبية.



الإجراءات العلاجية العامة المُشتركة للإعاقات الجسمية

التكنولوجيا المساعدة

تُعَدّ المشية الصحيحة من الحركات المهمة للجسم التي تعمل على توفير الطاقة وتمكن الجسم من أداء وظائفه المطلوبة بالشكل الصحيح، ولدى عدد من الأفراد من مشاكل وصعوبات في المشي قد تكون ناتجة من شلل في طرف أو الطرفين السفليين أو عجز أو خلل وظيفي لأسباب مرضية، سواء في العظام أو الأعصاب أو العضلات أو نتيجة لكبر السن، ولا بد لهؤلاء من استخدام أجهزة خاصة لمساعدتهم على المشي، ومن أهم هذه الأجهزة العصي (Canes) والعكازات (Crutches) والمشيات (Walkers).

الأطراف الاصطناعية:

تعود تسمية الطرف الصناعي إلى تسمية نوع البتر، وتنقسم أنواع الأطراف الاصطناعية إلى الأقسام الرئيسية الآتية:

- طرف سفلي فوق الركبة
- طرف سفلي تحت الركبة
- طرف علوي فوق الركبة
- طرف علوي تحت الركبة

العلاج الوظيفي (الإنشغالي):

يختلف المعالج الوظيفي عن المعالج الطبيعي في تركيزه على العضلات التي يحتاجها ذو الإعاقة في حياته اليومية، وخصوصاً عضلات اليدين (الأكل، الشرب، الكتابة، الرسم) وعضلات الوجه والفم (الأكل، الشرب، الكلام)، وبخبرته يجري تقويماً لحاله الشخص ذي الإعاقة ومعرفة المشاكل التي يواجهها، ومن ثم إيجاد الطريقة الأسهل للقيام بالعمل المطلوب، وبناء المهارات خطوة خطوة.



ومن أهم ما يقوم به المعالج الوظيفي:

- التركيز على تطوير المهارات الحسية الإدراكية.
- تنفيذ البرامج اللازمة لتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر البصري اليدوي.
- تقويم حالة ذي الإعاقة لمعرفة قدراته والصعوبات التي يواجهها.
- تقويم وتدريب الشخص ذي الإعاقة على أنشطة الرعاية الذاتية (الأكل، الاستحمام، النظافة الشخصية، تغيير الملابس).
- تعليم الشخص ذي الإعاقة كيفية استخدام الأجهزة التعويضية أو الأدوات التكيفية.
- اكتشاف المهارات والاهتمامات والعمل على استثمارها.
- تقويم وتدريب المناطق الضعيفة لتعويض القصور في الإحساس والإدراك.
- تقويم وضع المنزل ومدى ملاءمته للشخص ذي الإعاقة واقتراح التعديلات اللازمة لإيجاد بيئة آمنة وخالية من العوائق.
- تدريب الأسرة على تطبيق الاقتراحات والتدريبات التي يحتاجها ذوو الإعاقة.

العلاج الفيزيائي



التعريف:

يقوم اختصاصي العلاج الفيزيائي بتقويم الحركة والتوازن، ومن ثم التوصية على التدريبات التي يحتاجها ذوو الإعاقة في كل مرحلة عمرية، واختيار الأجهزة المساعدة التي يحتاجها ذوو الإعاقة، وكل منهما تساعد على التكيف مع إعاقته، وإعطائه الخبرة الحسية والحركية، ومن ثم بناء الحركة وتطويرها للوصول إلى نوع أقرب للطبيعي من الحركة من خلال التدريب اليومي المدروس. يساعد العلاج الطبيعي على تعلم أفضل الطرق للحركة واللاتزان الجسمي، ومن ثم مساعدة الشخص ذي الإعاقة على الوقوف والمشي الطبيعي أو باستخدام الأجهزة التعويضية المساعدة كالعكاز أو الكرسي المتحرك، وكذلك تدريب اليدين لاستخدامها في الأكل والشرب.

يستخدم المعالج الطبيعي مهارات قد تبدو بسيطة، وأخرى قد تبدو مضحكة في نظر البعض، مثل الركض ورمي الكرة واستخدام العجلة، وأساليب أخرى الغرض منها زيادة المهارات الحركية وتقويتها من أجل الوصول إلى مهارات معينة وبالتدرج.

أساليب العلاج الفيزيائي:

العلاج الفيزيائي يكون بأساليب متعددة، ولكنها تركز على أساسين مهمين:

- الحركة الموجبة: وهو ما يقوم به الشخص ذو الإعاقة نفسه.
 - الحركة السالبة: وهي الحركات التي يقوم بها المعالج لتحريك العضلات.
- هذه النشاطات العضلية تؤدي إلى زيادة قوة العضلات ومن ثم زيادة القدرات الحركية، ومع كل زيادة في المهارات تزداد ثقة الشخص ذي الإعاقة بنفسه ويزيد تواصله مع المجتمع من حوله، لذلك يجب تشجيعه في كل نجاح يؤديه وعدم اليأس من فشل المحاولة. والعلاج الفيزيائي من الوسائل التي تساعد الطفل على استخدام عضلاته المعطلة، ويستخدم في ذلك العلاج بالحمامات المائية، الصعق الكهربائي، التدليك والتمرينات البدنية.

العلاج الحسي حركي

يعمل العلاج الحسي حركي على مبدأ تعزيز العلاقات بين الأوساط النفسية والفكرية والجسدية، وذلك بهدف تحسين قدرات الفرد من خلال استخدام الجسد كوسيلة، فهو يهدف إلى تحسين الإحساس بالجسد وتكوين صورته الكاملة من خلال أنشطة وألعاب هادفة تنفذ عبر وسائل متنوعة وتمكن الفرد من اختبار تجارب جديدة تضع الجسد في واجهة العمل، كذلك يهدف العلاج إلى مساعدة الفرد على معرفة ذاته وتقبلها والتعايش معها، ما يسمح له بخلق علاقة مع الذات ومع الآخرين.





الإعاقة البصرية

تعريف الإعاقة البصرية

يشير مصطلح (الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية) إلى هؤلاء التلاميذ الذين يعانون من درجات متفاوتة في فقدان القدرة على الرؤية وغيرها من الوظائف البصرية التي تتطلبها عمليات التكيف مع متطلبات الحياة، حيث يشمل مصطلح (الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية) كلاً من المكفوفين وضعاف البصر، وستعرض لكل من المفهومين بشيء من التفصيل.

الشخص المكفوف The Blind

المكفوف في اللغة العربية:

المكفوف في اللغة العربية هو من كُفَّ بصره، أي "عمى"، والعمى هو "ذهاب البصر": (جيران مسعود 1967)، (الرازي، 1954)، أي أنّ المكفوف في اللغة العربية يُقصد به الأعمى الذي فقد بصره كلياً، ولم تعد لديه القدرة على الإبصار. والمقصود بـ"الأكمه" هو الأعمى قبل الميلاد، أي الذي يولد وهو مصاب بالعمى.

التعريف القانوني والطبي:

يتناول البعض التعريفات القانونية والطبية لكفّ البصر كلُّ على حدة. ولما كانت عملية الحصول على التسهيلات والحقوق والخدمات المدنية التي يكفلها القانون للأفراد المكفوفين ترتبط بالمحددات الطبية للقدرة على الإبصار، فإننا نعرض التعريفات الطبية لكفّ البصر باعتبارها هي ذاتها التعريفات القانونية حيث يرتبط كل منها بالآخر.

يشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية - من وجهة نظر الأطباء - الذي تأخذ به معظم السلطات التشريعية، إلى أنّ الشخص ذا الإعاقة البصرية هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة الإبصار Visual Acuity على 20/200 (6/60) قدم في أحسن العينين، أو حتى باستعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أنّ الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبطاره على مسافة 200 قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدماً حتى يراه الشخص

الذي يُعَدُّ شخصاً معوّقاً بصرياً حسب هذا التعريف. أما منظمة الصحة العالمية، فإنها تعتمد درجة مختلفة. فالكفيف وفق معيارها هو من تقلّ حدة إبصاره عن (3/60)، ولو حاولنا ترجمة ذلك وظيفياً، فإنه يعني أنّ ذلك الشخص لا يستطيع رؤية ما يراه الإنسان السليم البصر عن مسافة (60) متراً، إلا إذا قرب له إلى مسافة (3) أمتار.

تشخيص الإعاقة البصرية

قد يؤدي الاكتشاف المبكر لما قد يكون عند الطفل من أعراض للإعاقة البصرية في مراحلها المبكرة إلى التقليل من حدة الإعاقة، والإسراع باتخاذ التدابير العلاجية اللازمة أو التوجيه الصحيح لنوع التعليم والتأهيل المناسبين، ما يساعد في سرعة تكيف الفرد المعوّق مع الإعاقة مهما كانت درجتها، ومع ظروف الحياة التي يحياها الشخص ذو الإعاقة البصرية.

مظاهر وإشارات حدوث الإعاقة البصرية

المظاهر التي يمكن اتخاذها إشاراتٍ إلى حدوث إعاقة بصرية والتي يجب أن يكون لدى الآباء والمعلمين دراية كاملة بها، هي:

- قبل عمر 6 أشهر
- عدم الاكتراث بالمشيرات البصرية.
- عدم تركيز النظر بعد عمر شهر واحد.
- لا وميض عند التهديد في عمر 3 أشهر.
- غياب حركة متابعة العينين بنحو متواصل بعد عمر 4 أشهر.
- عدم التقاط الأغراض في الأشهر 4 - 5.
- فقر تعابير الوجه، لا ابتسامة، وشروذ النظرة.
- من 6 أشهر إلى 1 سنة
- وجود الحول دائماً أو متقطعاً.
- وجود تصلب في الرقبة.
- من 1 إلى 3 سنوات
- طفل غير منتبه في أثناء السير ووقوع متكرر.
- تغطية عين واحدة لرؤية أفضل أو إمالة الرأس عند التحديق بشيء ما.
- رهاب الضوء، وفرك العينين، في محاولة لرؤية أكثر وضوحاً.
- طرف العينين أكثر من المعتاد.
- الأطفال فوق عمر 3 سنوات:
- وضع الأشياء قريباً من العين أو بعيداً منها بنحو غير عادي، ويظهر ذلك بوضوح عندما يلاحظ المعلم أو الوالدان أن طفلهما يقرب الكتاب من عينيه بصورة ملحوظة.
- بطء القراءة أو ضعف القراءة. وعلى المعلمين وأولياء الأمور البحث في الأسباب الحقيقية لهذا الضعف، فقد يرجع ذلك إلى صعوبات في التعلم أو تأخر عقلي، وقد يرجع السبب في ذلك إلى إعاقة بصرية تجعل من الصعب على التلميذ القراءة بسهولة.
- اللاتهابات المتكررة في العين، أو انتفاخ الجفون، أو إفراز الدموع بكميات غير عادية.
- كثرة فرك العينين، والنظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة بعينين نصف مغمضتين.
- الشكوى من عدم وضوح ما هو مكتوب على السبورة.
- ظهور حركات غير عادية في العين، كالحركات السريعة والمتكررة لرموش العينين.
- كثرة التعرض للسقوط أو الاصطدام بالأشياء التي تعترض طريق الأطفال.

- الميل بالرأس إلى أحد الجانبين عند القراءة، أو إغماض إحدى العينين، أو عدم القدرة على رؤية جزء من المجال البصري لا يكون مواجهاً للعينين مباشرة.
- الحذر الشديد في أثناء النزول على السلم، والخوف من الجري بحرية والانطلاق.
- صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة.
- سرعة الشعور بالإجهاد والتعب في أثناء القراءة والكتابة وغيرهما من الأعمال التي تتطلب تركيزاً بصرياً.
- تكرار الشكوى من الصداع.
- كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة، خاصة في ما يتعلق بالحروف المتشابهة، والأعمال الأخرى التي تتطلب تركيزاً بصرياً.
- تحاشي الإضاءة الشديدة، أو طلب المزيد من الإضاءة.
- وجود حَوْل في إحدى العينين أو في كليهما.
- رؤية صور الأشياء مزدوجة.
- عدم الاهتمام بالأنشطة البصرية، مثل القراءة ومشاهدة الصور.
- عدم إتقان الألعاب التي تتطلب تآزراً حركياً للعين مع الأيدي، مثل ضرب الكرة أو التقاطها.
- اضطرابات سلوكية: طفل هائج أو هادئ جداً.

الأجهزة والوسائل المساعدة للأشخاص المعوّقين بصرياً:

يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية إلى الأجهزة والوسائل المساعدة من أجل الاستفادة إلى أكبر حد ممكن من القدرات الحسية الأخرى (اللمس والسمع) في التعويض عن فقدانهم للبصر (في حالة المكفوفين)، وكذلك لمساعدتهم على الاستفادة إلى أقصى حد ممكن من قدراتهم البصرية الباقية واستثمار هذه القدرات بالنحو المناسب (بالنسبة إلى ضعف البصر). ويمكن تقسيم الأجهزة بحسب مجال الاستخدام على النحو الآتي:

- الأجهزة والوسائل التعليمية.
- الأجهزة والوسائل الخاصة بالحركة والتنقل.
- الأجهزة والوسائل الخاصة بالحياة اليومية والاستقلال المعيشي.
- الأجهزة والوسائل التعليمية للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية.



ومن هذه التقنيات على سبيل المثال لا الحصر:

1- الدائرة التليفزيونية المغلقة (CCTV)

وهي عبارة عن شاشة تليفزيونية تقليدية ترتبط بها مباشرةً كاميرا ذات قوة تكبيرية عالية تسلط عدستها على سطح أملس متحرك. هذا السطح يسمح وذلك حسب حجمه بوضع ما يرغب ضعيف البصر في الاطلاع عليه (صفحة من جريدة - صور - كتاب - دفتر شيكات -.....). فتقوم الكاميرا بدورها بنقله مباشرة على الشاشة التليفزيونية المرتبطة بها بشكل واضح قد يكون ملوناً أو أبيض وأسود حسب مواصفات الجهاز. ويسمح هذا الجهاز بتكبير الصورة أضعافاً عديدة على الشاشة إذا ما رغب القارئ في ذلك، ويمكن أيضاً التحكم بالتضاد الضوئي (وهو حروف بيضاء على خلفية سوداء) والألوان. يعاب على هذا النوع من الأجهزة حجمها الكبير، رغم أن العديد من الشركات أصبحت تعمل على التقليل من حجمه بشكل كبير.

2- القارئ الجيبى أو المحمول (Pocket Reader):

وهذا الجهاز من أحدث الأجهزة في مجال القراءة، ويعمل على تكبير الأحرف ونقلها بواسطة كاميرا لعرضها على شاشة تحتل جزءاً كبيراً من مساحته. ويمكن بسهولة في هذا النوع من الأجهزة حمله إلى أي مكان، ويتميز بخفته وقدرته التكبيرية العالية. وهو لا يختلف في مواصفاته الفنية عن الجهاز أعلاه، حيث يعمل بنفس النظام، إلا أن الاختلاف فقط في حجمه الصغير الذي يجعله مناسباً لمن هم كثيرو الترحال.

3- الفأرة المكبرة: "MONMOUSE"

من المتعارف عليه عند جميع من يستخدمون أجهزة الحاسوب الدور الكبير والمهم الذي تقوم به الفأرة من تسهيل استخدام الحاسوب وإراحة مستخدمي هذه التقنية المهمة. لكن مع ازدياد أعداد المصابين بضعف البصر الشديد والحاجة إلى الوسائل المريحة لهم، خاصة عند القراءة والكتابة، فقد عكف العديد من العلماء والمتخصصين في مجال البصر، وخاصة في مجال ضعف البصر الشديد على اختراع الوسائل العالية التقنية وتكييفها لتكون مناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الجزئية. لذا، فقد ظهر حالياً عمل جديد لفأرة الكمبيوتر ألا وهي استخدامها في القراءة ورؤية الأشياء القريبة (الصور العائلية، الفواتير، الدعايات اليومية..)، وذلك أما بوصفها بجهاز التليفزيون المنزلي، أو باستخدامها مع جهاز الحاسوب من قبل ذوي الإعاقة البصرية سواء الجزئية أو من لديهم صعوبة طبيعية في رؤية الأشياء القريبة، ولا تعني بالضرورة أن لديهم أعاقة بصرية. وقد عبّر العديد من ضعاف البصر المستخدمين لهذه التقنية عن ارتياحهم لها، خاصة من الناحية الجمالية، إذ لا يتطلب الأمر ارتداء أي عدسات على العينين توحى للآخرين بوجود ضعف للأبصار لديهم، وكذلك من الناحية التكبيرية حيث تستطيع التحكم بها بهذا الخصوص وتغيير القدرة التكبيرية حسب الحاجة.

وسائل حديثة

3- التلسكوب (Telescope):

وهي نظارة تلبس على العين مباشرةً وتساعد بشكل كبير على رؤية الأجسام البعيدة بتقنية عالية جداً وبوضوح كبير. ويوجد العديد من الأنواع، منها ما يكون التحكم به يدوياً، وأيضاً هناك أنواع تستطيع بشكل آلي أن تركز على الأجسام البعيدة دون الحاجة إلى تغيير ذلك يدوياً وتقنية عالية.

الأجهزة والوسائل التعليمية للمكفوفين:

أجهزة ووسائل القراءة والكتابة:

- صندوق برايل: يعدّ صندوق برايل الأداة الأساسية والأولى لتعليم الطفل الكفيف في بداية حياته المدرسية أحرف برايل والتمييز بينها وكتابتها باستخدام اللمس.



- **مسطرة وقلم برايل:** تتكون مسطرة برايل من أربعة أسطر، لكل سطر منها اثنتان وثلاثون خلية، ويمكن أن تزيد أو تنقص حسب عرض المسطرة.
- لوح برايل: يُعدّ لوح برايل أكثر تطوراً من الأدوات السابقة، وأكثر استخداماً، وخصوصاً في مراحل التعليم المتوسط والثانوي، بينما يُستخدَم صندوق برايل والمسطرة والقلم في المرحلة الابتدائية.
- **آلة برايل الكاتبة (البيركنز) perkins brailier:** طابعة بيركنز برايل التي ابتُكرت عام 1950 هي أكثر الآلات انتشاراً بين المكفوفين على مستوى العالم. لقد صُمّمت هذه الطابعة بنحو يحافظ على سلامة النقط والورقة، وفيها ميزات خاصة من حيث تصحيح الأخطاء وتحديد المسافات وسهولة تثبيت الورقة وتحريكها داخل الطابعة.
- **الآلة الطابعة العادية:** يستطيع الكفيف الذي تدرب على طابعة البيركنز وأصبح يجيد المهارات اليدوية اللازمة للطباعة استخدام الآلة الطابعة العادية التي ستتيح له فرصة جيدة لكتابة أفكاره ودروسه ورسائله بالخط العادي وبطريقة أسهل، ومباشرة دون اللجوء إلى تحويل الكلام من الخط البارز إلى الخط العادي.
- **جهاز برايل لايت Braille light:** هذا الجهاز هو عبارة عن حاسوب شخصي صغير يحتوي على مجموعة من الوظائف التقنية التي تقدم خدمات جليلة للمكفوفين في مجالات مختلفة ومتعددة، أهمها المجال التعليمي.
- **جهاز الأوبتكون optacon للقراءة:** هو جهاز إلكتروني تقوم فكرته على تحويل الكلمة المطبوعة بالخط العادي إلى بديل لمسي بخط برايل.
- **جهاز الفيرسا برايل versa Braille:** هو جهاز يعمل بطريقة مشابهة لطريقة الكمبيوتر من حيث تخزين المعلومات وتبويبها وتنظيمها بطريقة برايل.
- **تطويع الحاسوب لخدمة المكفوفين:** في السنوات العشر الأخيرة طُوّرت لوحة مفاتيح خاصة بالمكفوفين braille key – board تُوصَل بالحاسوب العادي وتمكّن الشخص الكفيف من استخدام الحاسوب في التعليم وفي العمل.
- **الأجهزة والأدوات الخاصة بالحركة والتنقل:**
 - العصا والأدوات الخاصة بالحركة والتنقل: وهي متوافرة بعدة أنواع. فمنها العصا التقليدية العادية، ومنها العصا القابلة للطيّ، حيث يمكن طيّي هذه العصا ووضعها في الحقيبة أو الجيب عندما لا يكون هنالك حاجة لاستخدامها، ومنها ما هو مصنوع من الخشب أو الألومنيوم أو الفيبرجلاس أو البلاستيك.
 - العصا البيضاء من أهم الأدوات وأكثرها استخداماً من قبل المكفوفين، وتتميز بأنها تعطي الكفيف استقلالية في التنقل من مكان إلى آخر دون الاعتماد على الغير، وتعطيه حماية كاملة وتحذيراً مبكراً حتى لا يصطدم بالعقبات التي يمكن أن تبرز أمامه بشكل رأسي.
 - عصا الليزر laser cane: وهي عبارة عن عصا إلكترونية تشبه إلى حدّ ما العصا العادية أو العصا البيضاء، إلا أنّ ما يميزها هو وجود ليزر، وهو عبارة عن مصدر للطاقة مهمته تحديد العوائق التي قد يتعرض لها الشخص الكفيف.
 - المرشد الصوتي sonic guide: هو عبارة عن جهاز إلكتروني يساعد على تحديد العوائق التي يمكن أن تواجه الكفيف عن بعد يراوح بين 10 إلى 15 قدماً.



الإعاقة السمعية

يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج منها ضعف سمعي، إلى الدرجات الشديدة جداً التي ينتج منها صمم. إنَّ الأصمَّ هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة (فقدان سمعي لـ 70 ديسبل فأكثر) تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام، إن كان باستخدام السماعات أو دونها. أما ضعف السمع، فهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي إلى درجة فقدان سمعي 35 - 69 ديسبل، ما يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط.

تصنيفات الإعاقة السمعية

هناك تصنيفات مختلفة للإعاقة السمعية تختلف باختلاف الأساس الذي يقوم عليه التصنيف.

- التصنيف تبعاً للسِّنّ التي حدثت فيها الإعاقة.
- الصمم ما قبل اللغوي: يشير إلى حالات الصمم التي تحدث منذ الولادة أو في مرحلة سابقة على تطور اللغة والكلام عند الطفل، ويعتقد أن سنَّ 3 سنوات هي السنُّ الفاصلة.
- الصمم بعد اللغوي: ويشير إلى حالات الصمم التي تحدث بعد عمر 3 سنوات، حيث يكون الطفل قد اكتسب مهارة الكلام واللغة.
- التصنيف تبعاً لطبيعة الإعاقة السمعية
- الفقدان السمعي التوصيلي (Conductive Hearing loss) ويشير إلى الإعاقة السمعية الناتجة من خلل في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى، على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية.
- الفقدان السمعي الحس عصبي (Sensorineural Hearing loss)

- ويشير إلى الإعاقة السمعية الناجمة عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي.
 - فقدان السمع المختلط (Mixed Hearing loss)
 - ويجمع هذا الشكل بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية من الحس العصبي.
 - فقدان السمع المركزي (Central Hearing loss)
- ويحدث في حالة وجود خلل يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ، أو عندما يصاب الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ.

تشخيص الإعاقة السمعية

إنَّ كلاً من اختصاصي قياس السمع (Audiologist) واختصاصي الأنف والحنجرة هما المهنيان المؤهلان لإجراء القياس السمعي.

يختلف أسلوب القياس السمعي المتبع باختلاف عمر الطفل ودرجة الدقة المطلوبة في القياس والأعراض المتوخاة من ورائه، فالطفل الرضيع تُستَقصى حالته السمعية من طريق إصدار أصوات بدرجات شدة مختلفة من جميع الجهات (كالهمس، صوت الخريشة، منبه الساعة... إلخ) وملاحظة الاستجابة لها. أما الأطفال من سنّ (15 - 30) شهراً، فيمكن فحص سمعهم من طريق وضع السماعات الموصلة للأصوات على آذانهم، ومن ثم تُقاس عتبة السمع لديهم.

وهناك نوعان من الفحص السمعي هما:

- الفحص السمعي من طريق التوصيل الهوائي: حيث يُنقل الصوت من طريق السماعات إلى الأذن.
 - الفحص السمعي من طريق التوصيل العظمي: ويُنقل الصوت إلى عظام الجمجمة من طريق أقطاب توصل بالجمجمة، حيث تُوصَل الموجات الصوتية إلى الدماغ من طريق العظام.
 - تُلخّص نتائج القياس السمعي وتُعرَض على شكل رسم بياني يعرف بالمخطط السمعي (Audiogram).
- المظاهر العامة للإعاقة السمعية
- يسهل على الشخص اكتشاف حالات الصمم، إلا أنه في كثير من الأحيان ليس من السهل الكشف عن حالات الضعف السمعي البسيطة، وفي ما يأتي قائمة ببعض الأعراض التي يمكن أن تعَدَّ إشارات إلى احتمال وجود صعوبة سمعية.

في الأشهر الأولى:

- عدم وجود استجابة للضوضاء، وعلى النقيض من ذلك، ردود فعل قوية عند الاهتزاز واللمس.
- النوم هادئ للغاية.

من 3 إلى 12 شهراً:

- عدم اتساق نغمة الصوت.
- فقدان الثرثرة.
- عدم الاستجابة عند النداء باسم الطفل.

من السنة إلى السنتين:

- عدم النطق بالكلمات.
- التواصل من طريق الإيماء والإشارات.
- الطفل يجهل ما هو غير موجود ضمن مجال نظره.
- انبعاثات صوتية غريبة.



من السنتين إلى ثلاث سنوات:

- تأخر نمو اللغة والكلام.
- اضطراب في السلوك: انسحاب أو هياج.

بعد عمر 3 سنوات

- الصعوبة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
- أخطاء في الكلام.
- إدارة الرأس إلى جهة معينة عند الإصغاء إلى الحديث.
- الميل إلى الحديث بصوت مرتفع.
- وضع اليد حول إحدى الأذنين لتحسين القدرة على السمع.
- الحملة في وجه المتحدث ومتابعة حركة الشفاه.
- تفضيل استخدام الإشارات في أثناء الحديث.
- ظهور إفرزات صديدية متكررة من الأذن.
- ضغط الطفل على الأذن أو الشكوى من طنين (رنين) في الأذن.
- العزوف عن المناقشة الصفية بحكم عدم قدرتهم على متابعة ما يقال وفهمه.
- تحاشي المشاركة في النشاطات التي تتطلب مزيداً من الكلام، ومحاولة إشغال النفس والاستغراق في أحلام اليقظة.
- صعوبات تعلمية وأخطاء متكررة في الإملاء.

عند ملاحظة بعض الأعراض السابقة بصورة متكررة، يجب تحويل الطفل إلى الطبيب واختصاصي قياس السمع للتحقق مما إذا كان الطفل من ذوي الإعاقة السمعية أو لا.

الأجهزة المساعدة للإعاقة السمعية

السماعات

السماعة عبارة عن جهاز لنقل الصوت وتضخيمه بهدف مساعدة الشخص ذي الإعاقة السمعية على الاستفادة من البقايا السمعية في سماع الأصوات وفهمها، وهي على عدة أنواع في الحجم والمهام. أنواع السماعات:

1- سماعات الجيب (pocket hearing aid)

وهي سماعات كبيرة الحجم نسبياً، ومن أكثر السماعات تكبيراً للصوت، وتوصف للأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة جداً، والذين تراوح أعمارهم من سنّ سنتين حتى سنّ ما قبل المدرسة. وتوصف لكبار السنّ الذين يصعب عليهم التحكم بالأنواع الأخرى من السماعات الطبية. وتتميز سماعات الجيب بالقدرة العالية على تكبير الصوت، وهي رخيصة الثمن ولا تستهلك طاقة كثيراً، ويسهل تصليحها وصيانتها، وقطع غيارها متوافرة.

2- سماعات خلف الأذن (behind the ear hearing aid-BTE)

إنّ سماعات خلف الأذن هي الأكثر انتشاراً من غيرها، والأكثر تنوعاً في أحجامها وأشكالها، وهي تصلح للكبار والصغار على حد سواء، كذلك يمكن تقسيم هذا النوع من السماعات إلى سماعات تقليدية والسماعات الرقمية المبرمجة على الكمبيوتر.

أما السماعات التقليدية، فهي سماعات تحتوي على مفاتيح معايرة، وفي الغالب لا يزيد عدد هذه المفاتيح على أربعة مفاتيح ميكانيكية التغير (قوة التكبير، قوة ضغط الصوت، التحكم بقوة الكسب). أما السماعات



الرقمية المبرمجة على الكمبيوتر، فيقوم الكمبيوتر ببرمجة المتغيرات المطلوبة ذاتياً دون حاجة الشخص إلى تعديلها يدوياً.

3- سماعات الأذن الداخلية (In the ear hearing aids – ITE)

تتميز هذه السماعات بعدم تعرضها للسقوط أو الضياع أو التلف الناتج من الاحتكاك، بالإضافة إلى أهم ميزة، وهي تخفيف الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عن استخدام الأنواع الأخرى من السماعات، ويتكون هذا النوع من السماعات من نصفين، يكون النصف الأمامي منها أصغر من النصف الخلفي، ومنها ما يكون مبرمجاً، بحيث تستطيع التحكم في ضبط الأصوات الشديدة والضعيفة ذاتياً. وكذلك منها ما يكون مزوداً بمفتاح صغير للتحكم في الصوت.

الغرسات القوقعية (Cochlear Implant)

تُسهّم الغرسات القوقعية بعلاج مشكلات الأفراد الذين يعانون من ضعف سمعي شديد، وهي خفيفة الوزن، ولا تأخذ حيزاً كبيراً عند زرعها، ولكن تبقى لها بعض السلبيات مثل عدم تحقيق سمع طبيعي للمريض، حيث تقتصر طبيعة عملها على تعريف المريض بالأصوات التي يراوح ترددها بين المتوسط والعالي، بما في ذلك الكلام عند مستويات السمع المريحة، بالإضافة إلى سلبية كلفتها العالية لإجراء تركيبها.



اضطرابات الكلام واللغة

تعريف اضطرابات التواصل

هي عبارة عن اضطراب في الاستخدام الطبيعي للنطق واللغة، وهناك محكات يجب أن تتوافر حتى يمكن الحكم على وجود الاضطرابات لدى الأفراد. وهذه المحكات يمكن أن تكون كمية أو رقمية، أو يمكن أن تكون ذاتية وغير موضوعة، ولكنها مهمة في الحكم على وجود اضطرابات التواصل.

أنواع اضطرابات التواصل:

أولاً: اضطرابات الكلام أو النطق (speech disorders):

• اضطرابات اللفظ (Articulation disorders):

وهي أكثر أنواع اضطرابات الكلام شيوعاً، خاصة لدى الأطفال في سنّ المدرسة، حيث يلفظ الطفل الأصوات اللغوية بطريقة مشوهة، بحيث لا يفهمه المستمع، أو قد يحذف أو يضيف أحد الأصوات اللغوية أو أكثر، بحيث لا يؤدي المعنى المطلوب، أو قد يستبدل الطفل أحد الأصوات اللغوية بصوت أو أصوات لغوية أخرى. وإذا ما زاد عدد الأصوات اللغوية المشوهة أو المستبدلة أو المحذوفة إلى درجة كبيرة، فإن حديث الطفل يصبح غير مفهوم على الإطلاق.

ومن الجدير بالذكر، أنّ الحكم على اضطرابات اللفظ يجب أن يأخذ بالاعتبار عمر الطفل الذي يظهر الاضطراب، وتحدث اضطرابات اللفظ نتيجة أسباب متعددة تعود إما إلى أسباب عضوية أو وظيفية نفسية، من أهمها ضعف السمع، والصعوبة في التمييز السمعي للمثيرات الصوتية، ربطة اللسان، عدم تطابق الفكين، أو إخراج اللسان في أثناء الكلام أو أمراض تصيب الأجهزة المسؤولة عن النطق، مثل الشلل.

• الخلل الصوتي (voice disorders):

يحدث الخلل الصوتي عندما يكون نوع الصوت أو شدته أو تردده غير مناسب أو غير طبيعي، وهذا النوع من الاضطراب أقل حدوثاً لدى الأطفال منه لدى الكبار.

• اضطرابات الطلاقة أو الأنسياب (Fluency disorders):

تحدث اضطرابات الطلاقة عندما تكون الكلمات أو الجمل لا تتناسب مع التوقيت، بحيث تكون هناك وقفات

طويلة أو قصيرة بين الكلمات أو الجمل أو تردد في البدء في الكلام أو تكرار الحرف الأول من الكلمة المنطوقة.

• اضطرابات الكلام الناتجة من الإصابة العصبية "Speech disorders associated with neurological damage"

تشير هذه الاضطرابات إلى الآثار في مجال الكلام والنطق الناتج من الإصابة العضوية المباشرة في الجهاز العصبي المرتبط بالمناطق المسؤولة عن النطق عند الفرد.

• شلل عضلات النطق (Dysarthria)

تحدث اضطرابات في النطق نتيجة لوجود شلل في العضلات والأجهزة المسؤولة مباشرة عن إنتاج الكلام.

• الخلل في اختيار وتتابع الكلام (Apraxia)

ويحدث أيضاً نتيجة الإصابة العضوية العصبية، وتظهر على شكل صعوبة في اختيار مواقع الأصوات والمقاطع في الكلمات والجمل، وبالتالي إنَّ الفرد الذي يعاني من هذا النوع من الاضطراب يغيّر تلك المواقع والمقاطع.

• فقدان النطق (Aphasia)

وهو فقدان كلي أو جزئي في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية أو كليهما، وذلك نتيجة لإصابة عضوية في المراكز الدماغية المسؤولة عن اللغة، وعادة ما تكون هذه الإصابة ناتجة من حوادث أو نزف أو جلطة دموية في الدماغ.

ثانياً: اضطرابات اللغة (Language disorders)

يستخدم مصطلح اضطرابات اللغة للدلالة على الاضطرابات في مجال اللغة الاستقبالية التي تتمثل في الصعوبة في فهم اللغة واستيعابها، وفي مجال اللغة التعبيرية التي تتمثل في الصعوبة في إنتاج اللغة.

• اضطرابات اللغة الاستقبالية (receptive language disorders)

إنَّ الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الاضطرابات لا يفهمون معنى ما يقال لهم، بالرغم من أنهم يسمعون ما يقال لهم من كلام. ويسمى هذا النوع "الحبسة الاستقبالية"، وذلك بسبب عدم القدرة على فهم المعاني اللفظية السمعية التي يستقبلها الطفل. وتتمثل مظاهر هذا الاضطراب في الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء والأعمال والمشاعر والخبرات والأفكار.

• اضطرابات اللغة التعبيرية (Expressive language disorders)

في هذا النوع من الاضطرابات تظهر المشكلة في عجز الطفل الذي يعاني منها، من عدم القدرة على التعبير عن نفسه من خلال الكلام أو النطق، ومن مظاهر هذه الاضطرابات عدم المشاركة في المحادثة، وعدم الكلام، والصعوبة في استخدام الكلمات أو العبارات أو الجمل. علاج النطق

يتولى معالج النطق تقويم اضطرابات التواصل لدى الشخص ذي الإعاقه وتشخيصها ومعالجتها، ويساعده على الوقاية منها. كذلك يعمل مع المرضى الذين يعانون من مشاكل في النطق، كعدم القدرة على الكلام مطلقاً، أو عدم القدرة على الكلام بوتيرة منتظمة وبطلاقة "التلعثم"، وقد يعمل مع الأفراد غير القادرين على فهم الكلام أو الأشخاص المصابين باضطرابات في الصوت.



الإعاقة الذهنية

التعريف:

الإعاقة الذهنية هي تدنُّ ملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام يرافقه عجز في السلوك التكيفي. وبعبارة أخرى تسمى الإعاقة الذهنية "التأخر العقلي" وتعرّف عبر درجة ذكاء تقل عن 70 على أحد اختبارات الذكاء الفردية المقننة كاختبار ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، يترافق ذلك مع ضعف في المهارات الاستقلالية لهؤلاء الأطفال كالحفاظ على النظافة الشخصية، إضافة إلى ضعف في المهارات الاجتماعية والأكاديمية كما أنهم يحتاجون إلى التدخل الرعائي المبكر بدءًا من السنوات الثلاث الأولى. واعتماداً على هذا التعريف تصنّف الإعاقة الذهنية إلى أربعة مستويات: بسيطة - متوسطة - شديدة - شديدة جداً، ويطلق التربويون اسم الأطفال القابلين للتعلم على الأطفال ذوي التأخر العقلي البسيط واسم الأطفال القابلين للتدريب على الأطفال ذوي التأخر العقلي المتوسط إلى الشديد، واسم الأطفال الاعتماديين على الأطفال ذوي التأخر العقلي الشديد جداً .

وتصنّف الإعاقة الذهنية أيضاً حسب الأسباب التي أدت إلى الإعاقة :

- إعاقة ذهنية ناجمة عن أسباب عضوية.
- إعاقة ذهنية ناتجة عن أسباب بيئية وعوامل ثقافية وأسرية.

معدل نسبة الذكاء ودرجات الذكاء:

عندما يقال إنَّ ذكاء الفرد الفلاني "طبيعي"، فنعني أنه طبيعي (بالنسبة) وبالقياس إلى معدل الذكاء السكاني العام في ذلك المجتمع في ذات العمر الزمني، ولذلك إنَّ العمر العقلي للفرد هو درجة ذكائه الفعلية مقارنةً بالذكاء العام، وقد يكون عمره الحقيقي بالسنين أقل أو أكثر من ذلك. والشخص الذي عمره العقلي يفوق عمره الزمني. يكون ذكاؤه فوق المعدل، والعكس صحيح. فإذا تطابق العمران، كان متوسطاً وقريباً من المعدل العام، ومعدل نسبة الذكاء أو (معامل الذكاء) هو النسبة المئوية بين عمر الفرد العقلي وعمره الزمني، فالفرد الذي عمره الحقيقي 8 سنوات بينما، درجة ذكائه توازي الرابعة من العمر، يكون معدل ذكائه $0.01 \times 4/8 = 0.50$.

إذاً، معدل نسبة الذكاء (معامل الذكاء) (IQ) = العمر العقلي/العمر الزمني $\times 0.01$ ويراوح معدل ذكاء الفرد المتوسط بين 90-110 كمعامل ذكاء، ولذلك إنَّ انخفاض معامل الذكاء دون الـ 70 يُعدّ تخلفاً عقلياً.

إن التصنيف الدارج لدرجات الذكاء هي ما يأتي (حسب تصنيف تيرمان):

درجات الذكاء معامل الذكاء

- عبقرى 140 فما فوق
- ذكى جداً 120 – 140
- ذكى 110 – 120
- طبيعي (متوسط) 90 – 110
- الحد الفاصل بين الذكاء والإعاقة الذهنية 90 – 70
- الإعاقة الذهنية 70 فما دون

مظاهر الإعاقة الذهنية:

- لا توجد ملامح جسدية معينة ترتبط بالتخلف العقلي، ولكن عندما يكون التخلف العقلي جزءاً من أزمة مرضية، فإنَّ الملامح الإكلينيكية لهذه الأزمة ستكون موجودة (مثل الملامح الجسمانية في متلازمة داون).
- أما الدلالات التشخيصية فهي كالآتي:
- انخفاض ملحوظ في درجة الذكاء والأداء.
- انخفاض ملحوظ في القدرة اللغوية، ومن ثم صعوبة في اكتساب القراءة والكتابة.
- قصور شديد في اكتساب المهارات الحسابية.
- عدم القدرة على الانتباه والتركيز.
- قصور في قدرات المصاب على التفكير المجرد والمنطقي، ولذلك تظهر فيهم صفات سلوكية جامدة وغير متطورة، ويميل المصاب إلى الحركات الرتيبة والتكرار دون ملل أو تعب.
- تكمن الخطورة في إمكانية استغلال هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من قبل أصحاب النيات السيئة والنفوس المنحرفة جسدياً ونفسياً وجنسياً.
- اضطرابات جسدية – حركية: فبعض المتأخرين عقلياً كثيرو الحركة والنشاط، وقد تصل حركاتهم إلى حدّ الفوضى والإزعاج. وكثيراً ما يترافق الإفراط الحركي مع ميول إلى التحطيم والتكسير والأذى العام لمن حوله. وقد يكون المصاب على النقيض من ذلك: خاملاً بطيئاً قليل الحركة، أو أنه يحرك أحد أطراف جسمه بصورة آلية متكررة، وخاصة الرأس والذراع والجذع (التمايل والتأرجح).
- علامات جسدية: بعض المتأخرين عقلياً يصابون بتشوهات خلقية في الأطراف والوجه والرأس، وقد تكون هي العلامات المميزة للمرض، أما الآخرون فيكونون حسني الصورة كالأسوياء.
- تتفاوت درجة الإعاقة الذهنية بين شخص وآخر من حيث القدرة على القيام بالنشاطات والمهارات الاجتماعية والحركية التربوية، ولذلك تُقسّم درجة الإعاقة الذهنية إلى الأنواع الإكلينيكية الآتية:

(1) إعاقة ذهنية خفيفة الدرجة (Mild Mental Retardation):

تقدّر نسبة الأطفال من هذا النوع بنحو (80%) من المتخلفين عقلياً، وتراوح نسبة ذكائهم بين (50) و(70)، ويتميزون بنموّ مهاراتهم الاجتماعية والحركية والكلامية، ويقترّبون من الطبيعي، لدرجة أنهم لا يُكتشفون إلا في المرحلة الابتدائية عندما يُلاحظ عدم قدرة الطفل على اكتساب القراءة والكتابة، علماً بأنَّ هؤلاء الأشخاص عندما يكبرون فإنهم قد يعتمدون على أنفسهم اقتصادياً من خلال عمل لا يتطلب مهارة فنية عالية، ولكنهم يحتاجون إلى المساندة والتوجيه عندما يتعرضون لصعوبة ما تواجههم في حياتهم.

(2) إعاقة ذهنية متوسطة الدرجة (Moderate Mental Retardation):

تقدّر نسبة الأطفال من هذا النوع بنحو (12%) من المتخلفين عقلياً، وتراوح نسبة الذكاء عند الأطفال من هذا النوع بين (35) و(49)، تكون قدراتهم على تعلم المهارات الاجتماعية والحركية والكلامية ضعيفة منذ مرحلة الطفولة الأولى. ولكن بالتدريب والإشراف تتحسن هذه المهارات بعض الشيء، خاصة كلما تقدم العمر، وهم لا يستطيعون تجاوز الصف الثاني من المرحلة الابتدائية عادةً، بالرغم من الإشراف والدعم الرعائي لهم، ويمكن تدريبهم على بعض المهارات المهنية والحرفية غير المعقدة. وعندما يكبرون يمكنهم القيام بعمل لا يحتاج إلى مهارة ضمن الظروف المناسبة لهم (أي دون تعقيد)، وذلك بإشراف المشرفين والقائمين على العمل وتوجيههم ومساندتهم.

(3) إعاقة ذهنية شديدة الدرجة (Severe Mental Retardation):

وتشكل نسبة هذا النوع نحو (7%) من المتخلفين عقلياً، وتراوح نسبة الذكاء عند الأطفال من هذا النوع بين (20) و(34)، ويتميزون بضعف شديد في نموهم الحركي اللغوي، ويمكن تدريبهم على التحكم في عملية التبول والتبرز، وقد يتمكنون لاحقاً من القيام ببعض مهام العمل البسيطة جداً وتحت الملاحظة والإشراف المستمرين.



(4) إعاقة ذهنية شديدة جداً (Profound Mental Retardation):

وهم أضعف البشر ذكاءً على الإطلاق، وأقل المتخلفين عقلياً من حيث الذكاء. فمعدل ذكائهم يقل عن (20)، ولحسن الحظ إنهم يمثلون أقل النسب انتشاراً بين المتخلفين عقلياً، وهي (1%)، وتميزهم الإعاقة التامة في الطفولة والمراهقة وعدم نمو أي من المهارات الحركية أو الكلامية أو الاجتماعية، بالإضافة إلى عدم التحكم في المخارج (التبول والتبرز) وقد يستطيع بعضهم تعلم بعض الكلمات في الحياة البالغة، ونظراً إلى إعاقتهم التامة هذه فإنهم يحتاجون إلى مساعدة مستمرة ورعاية خاصة.

بناءً على ذلك، يتضح مدى اختلاف الصورة الإكلينيكية للتخلف العقلي الذي يعيننا بالنسبة إلى معرفة ما ينبئ به مستقبل الطفل، وما يمكن أن نطلبه منه، كإنجاز دراسي أو اجتماعي أو مهني، دون أن نصيب الطفل بالإحباط ونتهمه بالفشل، لأننا نحمله أكثر من طاقته، ثم نفرض عليه أنواع العقاب النفسي والبدني، وهذا يجعل الطفل أقل إنجازاً وتكيفاً مع محيطه.

علاج الإعاقة الذهنية:

اكتسب علاج الإعاقة الذهنية في العقود الأخيرة حماسة واندفاعاً بسبب اكتشاف بعض المواد العضوية السامة التي يمكن تلافيتها أو الوقاية منها للحفاظ على سلامة نموّ دماغ الطفل، إضافة إلى إمكانية الكشف عن وجود خلل في الكروموزومات من خلال التقنيات الحديثة.

ويتلخص العلاج في الخطوات الأساسية الآتية:

- عند وجود سبب عضوي محدد للإعاقة، كإصابة الطفل أو الرضيع ببعض الأمراض الاستقلابية مثال الفينيل كيتون يوريا، يمكن منع أو خفض نسبة تجمع المواد السامة عبر إخضاعه لنظام غذائي خاص، أو في حالة وجود استسقاء دماغي (Hydrocephalus) يمكن إجراء عملية جراحية.
- إعطاء الأدوية المهدئة لمن هم مصابون على، سبيل المثال وليس الحصر بالذهان، الاضطرابات السلوكية... ومضادات الصرع لمن هو مصاب بالصرع.
- تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية والعلاجات التأهيلية من علاج نطق (speech) (Therapy) وعلاج نفسي حركي وعلاج انشغالي (occupational therapy) في مستشفيات خاصة أو مستوصفات أو عيادات رعاية الأطفال.
- تقديم الخدمات التمريرية والتربوية والاجتماعية في معاهد ومدارس ودور حضانة مخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة، بحيث تتناسب المناهج التربوية الخاصة لهؤلاء الأطفال مع قدراتهم ومهاراتهم البسيطة المحدودة.
- التأهيل المهني يعتمد على تدريب ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة على شتى الأعمال المهنية المناسبة في مراكز وأقسام التشغيل Workshops، حيث يُدرَّب هؤلاء الأطفال على صناعة العلب والسجاد والنجارة والخياطة والتنظيف وغيرها.



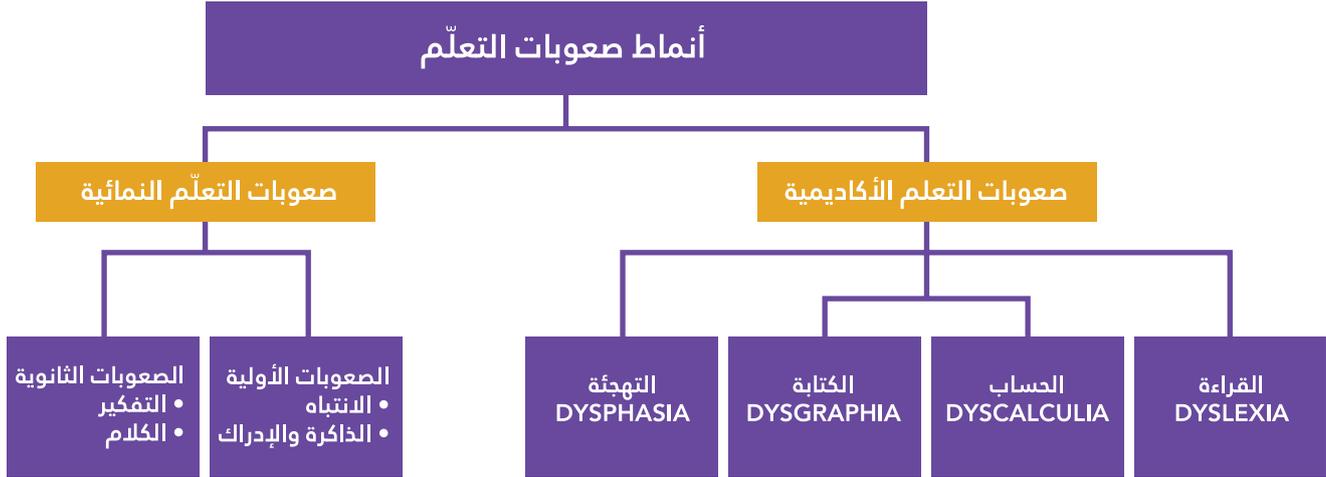
الصعوبات التعلمية

تعريفات صعوبات التعلم

التعريف الاتحادي (دائرة التربية الأميركية)

صعوبة التعلّم هي اضطراب في جانب أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتعلقة بفهم اللغة المحكية والمكتوبة واستخدامها، ومن أعراضها عدم القدرة على الإصغاء أو التفكير أو التحدث أو القراءة أو الكتابة أو إنجاز العمليات الحسابية، وقد تكون ناتجة من إعاقات إدراكية أو إصابات دماغية، أو من قصور دماغي طفيف أو صعوبات اللغة، ولا تكون هذه الصعوبات ناتجة من التخلف العقلي أو الانفعالي أو الحرمان الثقافي والبيئي والمادي. فصعوبات التعلّم تعني وجود مشكلة في التحصيل الأكاديمي (الدراسي) في مواد القراءة/ أو الكتابة/ أو الحساب، وغالباً يسبق ذلك مؤشرات، مثل صعوبات في تعلّم اللغة الشفهية (المحكية)، فيظهر الطفل تأخراً في اكتساب اللغة، وغالباً يكون ذلك مصاحباً بمشاكل نطقية، وينتج ذلك من صعوبات في التعامل مع الرموز، حيث إنّ اللغة هي مجموعة من الرموز (من أصوات كلامية، وبعد ذلك الحروف الهجائية) المتفق عليها بين متحدثي هذه اللغة التي يستخدمها المتحدث أو الكاتب لنقل رسالة (معلومة أو شعور أو حاجة) إلى المستقبل، فيحلّل هذا المستقبل هذه الرموز، ويفهم المراد مما سمعه أو قرأه.

وتشخيص صعوبات التعلّم قد لا يظهر إلا بعد دخول الطفل المدرسة، وإظهار الطفل تحصيلاً متأخراً عن متوسط ما هو متوقع من أقرانه. ممن هم في العمر نفسه والظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية. حيث يُظهر الطفل تأخراً ملحوظاً في المهارات الدراسية من قراءة أو كتابة أو حساب. وتأخر الطفل في هذه المهارات هو أساس صعوبات التعلّم، وما يظهر بعد ذلك لدى الطفل من صعوبات في المواد الدراسية الأخرى يكون عائداً إلى أنّ الطفل ليست لديه قدرة على قراءة نصوص المواد الأخرى أو كتابتها، لا إلى عدم قدرته على فهم أو استيعاب معلومات تلك المواد تحديداً.



المظاهر العامة لذوي الصعوبات التعليميّة:

- إنّ صعوبات التعلّم ليست واحدة عند جميع الأطفال، ولكل فرد حالته الفريدة. فالصعوبة قد تظهر في مجال ولا تظهر في آخر. ومن أبرز السمات التي يتصف بها ذوو الصعوبات، وكثيراً ما ترد في الأبحاث والدراسات:
- ضعف التعبير اللغوي/ اضطراب في الكلام والاستماع.
 - إشارات إلى وجود اضطرابات عصبية طفيفة.
 - الاندفاعية.
 - النشاط الزائد.
 - ضعف التأزر العام.
 - اضطراب الانتباه.
 - عدم الاستقرار الانفعالي.
 - ضعف الحركات الكبيرة والصغيرة.
 - اضطراب في الذاكرة القصيرة والبعيدة المدى.
 - صعوبة تعليمية محددة (مشكلات في القراءة والحساب).

الاتجاهات والأساليب لعلاج صعوبات التعلّم

يمكن تصنيف الأساليب المستخدمة في علاج صعوبات التعلّم إلى اتجاهين رئيسيين هما:

أولاً: الاتجاه الطبي: ويشتمل على أساليب متعددة، منها:

- العلاج بالعقاقير الطبية
- يستخدم هذا الأسلوب بنحو شائع في علاج حالات الإفراط في النشاط، إذ إنّ التقليل من النشاط الزائد يحسّن من درجة استعداد الطفل للتعلّم، ولقد وجد أن بعض العقاقير الطبية التي تعرف بأنها منشطات للبالغين ذات أثر مهدئ على أولئك الأطفال.
- العلاج بضبط البرنامج الغذائي
- حيث إنّ المواد الملونة والحافظة ومواد النكهة الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال أو حفظ المواد الغذائية المعلبة، خاصة الفواكه والعصير وغيرها من المواد الكيماوية المضافة، تزيد من حدة الإفراط في النشاط لدى الأطفال، وبناءً عليه، يجب ضبط البرنامج الغذائي، بحيث لا يشتمل على مثل هذه المواد الكيماوية.
- العلاج من طريق الفيتامينات (Megavitamins)



ويقوم هذا الأسلوب في العلاج على إعطاء الطفل جرعات من الفيتامينات على شكل أقراص أو شراب أو كبسولات، حيث تظهر تحسناً في فترة انتباههم، وتخفض من درجة الإفراط في النشاط.

ثانياً: الاتجاه النفس تربوي (psycho – educational perspectives)

• طريقة التدريب على العمليات (process training) وتقوم هذه الطريقة على تصميم أنشطة تعليمية تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم، والعمليات الإدراكية تشمل الإدراك البصري للأشكال والإدراك البصري للشكل والخلفية، والتمييز البصري والتكامل البصري والحركي والإغلاق البصري وإدراك العلاقات المكانية، والذاكرة البصرية، والتمييز السمعي والذاكرة السمعية والإغلاق السمعي.

وفي هذه الطريقة تُستخدم أساليب مختلفة، وأهمها:

(a) التدريب النفس لغوي (psycholinguistic training): حيث يجري التدريب على التأزر البصري الحركي، ويستخدم هذا الأسلوب بنحو خاص في علاج صعوبات الكتابة والقراءة.
(b) التدريب باستخدام الحواس المتعددة (Multisensory training).
ويقوم هذا الأسلوب على استخدام القنوات الحسية المختلفة (سمع، بصر، شم، لمس، الحاسة المكانية) في التدريب على العمليات الإدراكية.

(c) التدريب المعرفي (congitive training) يسعى هذا الأسلوب في التدريب إلى تحسين استراتيجيات الطالب في فهم عمليات التفكير المختلفة وتنظيمها، على اعتبار أنّ استراتيجياته السابقة غير ملائمة لعملية التعلم.

• طريقة التدريب على المهارات (skill training) وتركز طريقة التدريب على المهارات، على العمليات الأساسية للتعلم، كالانتباه والعمليات الإدراكية. فطريقة التدريب على المهارات تركز على التدريب المباشر على المهارات التي يظهر فيها التلميذ قصوراً أو عجزاً.

• الطريقة القائمة على الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات إن الاتجاه الأكثر حداثة وقبولاً في أوساط المختصين في الوقت الحاضر، هو الجمع بين الاتجاهين والاستفادة من الميزات الإيجابية لكل منهما، وحتى البرامج التعليمية التي تأخذ بطريقة دون سواها، يلاحظ توظيف استراتيجيات متعددة ضمن الطريقة الواحدة. ومن المؤكد أنّ التدريب على العمليات يُعدّ أكثر ملاءمة لصغار الأطفال. أما في ما يتعلق باليافعين والشباب من ذوي صعوبات التعلم، فإنّ التدريب على المهارات هو الأكثر ملاءمة واستجابة لحاجاتهم الناجمة عن المهمات المختلفة في برامجهم التعليمية.



$$5 \times 4 = 20$$

$$7 \times 2 = 14$$

$$9 \times 6 = 54$$

التوحد

ما هو التوحد؟

إنَّ التوحد، حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية، هو مجموعة عوارض تنتج من حدوث اضطرابات تطويرية عامة تتضمن: اضطراباً في التواصل الاجتماعي - التواصل الكلامي - السلوكيات (اهتمامات محدودة واجترارية).

ويلاحظ لدى الطفل ذي التوحد البحث الدائم عن عدم التغيير من خلال الروتين التكراري والعزلة المفرطة. وهذه الاضطرابات تظهر في خلال السنتين الأوليين من عمر الطفل، إلا أنَّ وجود عدد من الأشخاص ذوي التوحد يملكون حياة اجتماعية شبه عادية أدّى إلى نشوء مفهوم يأخذ مؤشرات أخرى غير المؤشر الطبي بالاعتبار، حيث لا تتلاءم المؤشرات الطبية التقليدية إلا مع شكل خاص جداً للتوحد.

وقد أظهرت الدراسات الحديثة أنَّ 75 بالمئة من المصابين بالتوحد يعانون من قصور عقلي، بينما يعاني الآخرون من قصور اجتماعي.

وفي ضوء تطوّر الدراسات التي تؤكد وجود أساس بيولوجي للتوحد وإصابة على مستوى الدماغ، يمكن الاستنتاج أنَّ هناك أشكالاً يرتبط فيها التوحد بإصابة الجهاز العصبي بوضوح إلى جانب أشكال أخرى ترتبط مع اختلال وظيفي، وتبقى التقنيات الحديثة كالتصوير الدماغى وحدها القادرة على التمييز بينهما.

وهناك اتفاق اليوم، على المستوى العالمى، بخصوص تصنيف ووصف مؤشرات التوحد العيادية كأحد اضطرابات النمو المسمّاة باللغة الطبية "اضطرابات طيف التوحد" - "Autism spectrum disorders- ASD".

الأعراض الأساسية للتوحد

يلخص تصنيف رابطة الطب النفسي الأميركي أهم المؤشرات التشخيصية للتوحد:

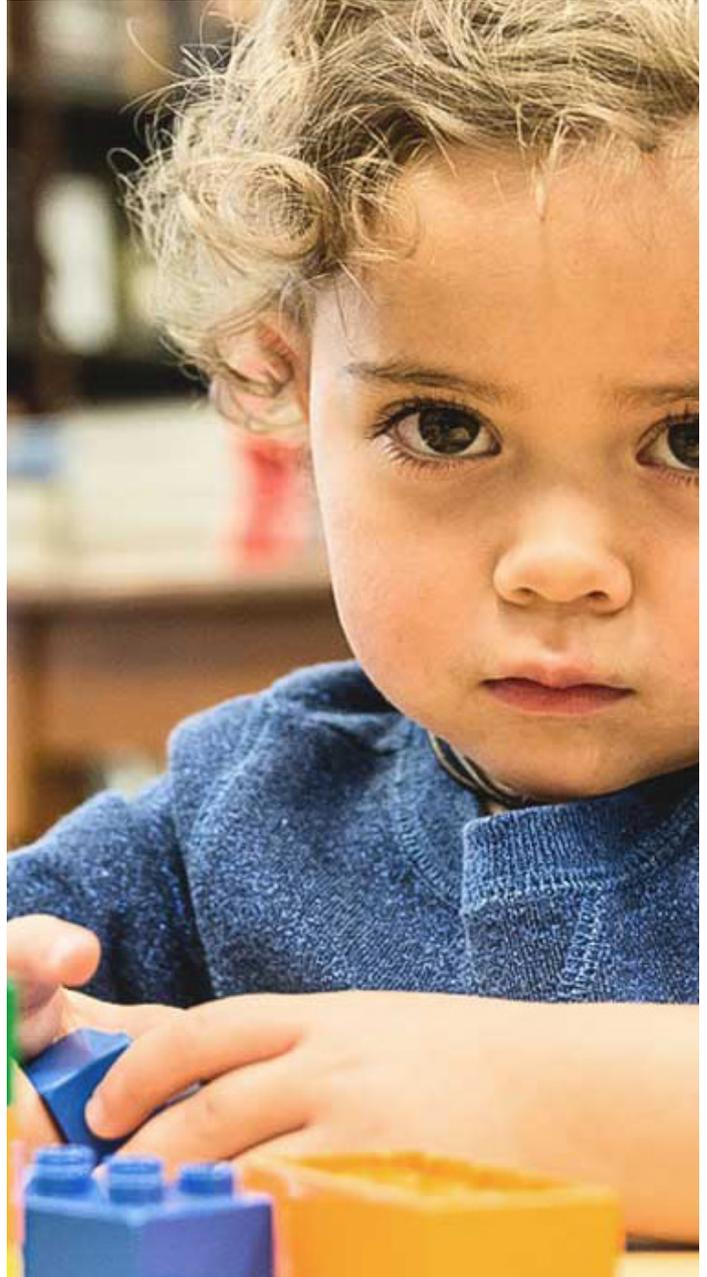
أ- مجموع ستة عناصر أو أكثر من العناصر المتمثلة في البنود 1,2,3 مع عنصرين، على الأقل، من البند 1 وعنصر واحد من كل من البندين 2 و3:

1) اضطراب نوعي يظهر على مستوى التفاعل الاجتماعي عند الطفل عبر:

- اضطراب واضح في استخدام سلوكيات غير لفظية، كالالاتصال البصري، وتعبير الوجه، ووضع الجسد والحركات التي تخدم تنظيم التفاعل الاجتماعي.
- عجز عن تنمية علاقات مع الآخرين تكون متلائمة مع مستوى نموه.
- قصور في البحث العفوي لمشاركة الآخرين من الأطفال بنشاطات اللعب، أو الاهتمامات بما يقومون به (لا يبدي الطفل أي مؤشر على ذلك، ولا يدلّ بالإصبع على شيء ليُظهر اهتمامه به).
- قصور على مستوى التبادل الاجتماعي أو الانفعالي (يرفض العناق، يبدو أنه لا يدرك مشاعر الآخرين وأحاسيسهم).

2) اضطراب نوعي في التواصل يظهر عبر:

- تأخر أو غياب تام لنمو اللغة (لا يترافق ذلك مع ظهور جهد معيّن يبذله الطفل، كاستخدام وسائل اتّصال أخرى مثل الإشارات والإيماءات، لتعويض هذا التأخر).
- وجود اضطراب في القدرة على القيام بمحادثة أو بمتابعتها مع الآخرين، عند من يمتلك لغة صحيحة.
- استخدام مُقولب (تكرار على نحو لا يتغيّر) للغة أو إعطاء ردود غير متناسبة مع الأسئلة المطروحة، يتحدث بصوت غريب أو بنبرات وإيقاعات مختلفة.
- غياب أو قصور في ألعاب "التظاهر" أو في اللعب الاجتماعي التقليدي والمتلائم مع مستوى النمو.
- اهتمامات محدودة، سلوكيات ونشاطات تكرارية، تظهر عبر:
- انشغال دائم مقولب ومحدّد بمركز واحد (أو بعدة مراكز اهتمام) غير سويّ من حيث حدّته أو موضوعه.
- انخراط جامد في أعمال روتينية أو في طقوس وحركات غير هادفة.
- حركات تكرارية ومقولبة (مثلاً، ضرب اليدين أو الأصابع، قتل، حركات معقدة لمجمل الجسم).
- انشغال دائم بأجزاء من الأشياء.
- يفقد سكينته لدى حصول أي تغيير، ولو بسيطاً في هذه العادات والطقوس.



المؤشرات المبكرة للتوحد

- يكون تشخيص التوحد غالباً بين السنتين الثانية والثالثة من عمر الطفل، ومع ذلك قد يلتقط العياديون المتمرسون مؤشرات التوحد قبل ذلك بكثير: عند السنة، كمعدّل عام.
- فما هي أهم علامات الإنذار التي يجب على الأهل ملاحظتها مبكراً؟
- إنّ وجود واحدة من العلامات الآتية يجب أن يثير انتباه الأهل ويتطلب المشورة المتخصصة:
- لا يقوم الطفل الدارج (أول المشي) بالالتفات إلى مصدر لفظ اسمه.
 - لا يقوم الطفل الصغير بالنظر إلى ما يشير إليه أحد الوالدين.
 - لا يقوم الطفل بألعاب التظاهر (إعداد القهوة، الشاي...).
 - تأخر اكتساب الرضيع لمهارة الابتسام والمناغاة.
 - فشل الطفل في التواصل البصري بالعين مع الأهل.

تشخيص التوحد

إن عملية التشخيص تتطلب وجود فريق عمل طبي يتكون من عدة اختصاصات، ولاسيما: اختصاصي طب الأطفال، اختصاصي طب أعصاب لدى الأطفال، طبيب نفسي لدى الأطفال، اختصاصي حسي حركي تربوي، طبيب أطفال متخصص بالنمو والتطور.

وقد يحتاج الفريق الطبي إلى بعض الفحوصات والتحليل لاستبعاد الأمراض الأخرى. هذا وتوجد اختبارات عالمية لتشخيص المرض، غالباً ما يلجأ إليها هذا الفريق، وهي تمكّن من تشخيص المرض في الطفولة المبكرة قبل عمر ثلاث سنوات.

علاج التوحد

لا يتوافر، حتى يومنا هذا، علاج التوحد، وليس هنالك، أيضاً، علاج واحد ملائم لكل المصابين بالمقدار نفسه. وفي الحقيقة، إنّ العلاجات المتاحة لمرضى التوحد التي يمكن اعتمادها في البيت أو في المدرسة متنوعة ومتعددة جداً على نحو مثير للذهول، وتهدف هذه العلاجات إلى محاولة التخفيف من العجز والسلوكيات الشاذة المرتبطة بمرض التوحد وغيره وأمراض الطيف التوحدي وتحسين نوعية الحياة وزيادة الاستقلال الوظيفي لمرضى التوحد. وعادةً ما يكون علاج التوحد مكثفاً جداً، ومن الأهمية بمكان إشراك الأهل في أيّ من البرامج المعتمدة.

وتتمثل أبرز إمكانات علاج مرضى التوحد بـ:

- العلاج السلوكي (Behavioral Therapy) وعلاجات أمراض النطق واللغة (Speech – language therapy)
- العلاج التربوي – التعليمي.
- العلاج الدوائي.
- العلاجات السلوكية

إنّ هدف العلاجات السلوكية الأساس هو تنمية السلوكيات الإيجابية وخفض السلوكيات غير المتكيفة





فن التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة

التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة فنٌّ قائمٌ بحدِّ ذاته يتطلب دراسته بعناية ومهارة، لأنهم أشخاص طبيعيون حرموا بعضاً من الحواس، ولكن قلوبهم مرهفة الإحساس.

والشخص ذو الإعاقة، هو الذي لا يستطيع استغلال مهاراته الجسدية أو الحسية أو كليهما بنحو فعال، فلا داعي للفت نظره بالمعاملة الخاصة التي قد تؤذي مشاعره. فلنتعامل معه بنحو طبيعي في جميع حالات الإعاقة كالتي ترتبط بالأطراف، الرؤية، السمع، الكلام. وعلينا أيضاً ألا نحاول التركيز بشدة مع الشخص المعوّق.

كيف تتصرف مع الشخص ذي الإعاقة الجسدية؟

- تحديد أماكن الاستراحة التي يمكن الوصول إليها بسهولة، أماكن التليفونات... وإذا لم تكن مثل هذه الوسائل متاحة، فعليك توفير البدائل على الفور، مثل أي حجرة خاصة أو حجرة للموظفين تحتوي على مثل هذه الإمكانيات، حتى وإن كان مكتبك، مع توفير كوب من الماء.
- لا تحاول الإسراع في إمساك ذراع شخص كفيف أو الكرسي المتحرك لشخص لا يستطيع الحركة، والأصح في ذلك كله، إذا وجدت شخصاً يعاني من صعوبة، فعليك بسؤاله بتهذيب عن إمكانية تقديم المساعدة، وما الذي يريده بالضبط، أو إذا طلب المعوّق حركياً المساعدة.
- لا تعلق بأية ملاحظات شخصية.
- لا تحاول توجيه أسئلة شخصية تمس الشخص الذي يتأثر بإعاقة ما.
- إذا أراد الشخص المعوّق أن يتحدث عن حالته والظروف التي يمرّ بها، فمن حقه هذا، لكن لا تحاول سؤاله عن أي شيء، يتعلق بأحواله الصحية مطلقاً، فهو يبذل قصاراه من أجل النسيان.
- نفذ التعليمات المعطاة من قبل المعوّق، وخاصة إذا تعاملت معه للمرة الأولى.

- عند الدخول لمكان ضيق، لا تقدم المساعدة له، لأن ذلك قد يسبب بعض الإصابات بالنسبة إلى الكرسي المتحرك.
- لا تتعامل مع المعوّق حركياً بنحو مفاجئ، بل لا بدّ لثيّ خطوة تخطوها معه أن يكون مخططاً لها جيداً.
- أثنى ما لدى المعوّق حركياً كرسيه أو الأجهزة المعنية، فأحرص على هذه الأجهزة من (الزجاج، الدبابيس، الماء، المسامير).
- إنّ تجمّع الناس حول المعوّق حركياً عند نزوله من السيارة أو صعوده إليها وكأنه كائن غريب يسبب له الإحراج.
- لا بد من معرفة الناس لاحتياجات المعوّق حركياً، وخاصة في الأماكن العامة، فدعوه يتصرف بحرية دون إحراج.
- لا بد من تعديل البيئة المحيطة بالمعوّق حركياً وتسهيل الأماكن للتنقل بحرية مثل ماكينات الصرف الآلي، أي لا بد أن تكون في مستوى الارتفاع الذي يناسبه.
- في حالة الصعود للمنحدر يجب الحذر من الانزلاق.
- في حالة النزول من المنحدر يجب أن يكون النزول من الخلف وببطء.
- لا تتحدث مع المعوّق حركياً وأنت من خلفه، تحدث معه وجهاً لوجه.
- إذا احتاج المعوّق حركياً مساعدة عند ركوبه السيارة، فلا بد من وضع يد المرافق تحت إبط المعوّق مع حضنه وهو رافع يده، ومن ثم رفعه إلى السيارة.

كيف تتعامل مع الشخص الأصمّ أو الذى يعاني من ضعف في السمع؟

توجد درجات عديدة للصمم، من صمم جزئي في أذن واحدة، إلى صمم كلي في كلتا الأذنين:



- في حالة الصمم في أذن واحدة:

ينبغي الجلوس بجانب الأذن السليمة حتى يستطيع سماعك، وعدم الجلوس أمام الشخص، أي وجهاً لوجه.

- في حالة الصمم الكامل:

- الطريقة الوحيدة للاتصال هي الاتصال المرئي من خلال قراءة الشفاه أو لغة الإشارة.
- عندما تتحدث ينبغي أن يكون ذلك بمعدل أبطأ قليلاً من معدل الكلام العادي وبوضوح، لا تُغالي في حركة الشفاه لأنها قد تربك الشخص الذي تعلّم أن يقرأ حركة الشفاه الطبيعية.
- لا ترفع الصوت لجذب الانتباه، فهذا لا يجدي، لأنّ الشخص ليس بوسعه سماعك مهما رفعت من نبرة صوتك، كذلك إنّ الصوت المرتفع يشوش على أجهزة المساعدة السمعية التي لا تعمل بكفاءة إلا مع نبرات الصوت الطبيعية.
- كن صبوراً عندما تتحدث أو عندما تكرر الكلمات أو تعيد صياغتها مرة أخرى.
- إذا كان لديك قريب أو صديق يعاني من ضعف في السمع، فعليك بتوجيهه إلى استخدام وسائل المساعدة السمعية.
- شجعهم على المشاركة مع العائلة في جميع أنشطتهم الاجتماعية، لأنّ الشخص الذي يعاني من إعاقة هو بطبيعته شخص انطوائي.
- حاول أن تكون مستشعراً بردود أفعالهم في المواقف، لأنّ الضغط الزائد على الشخص ممّن يحيطون به يؤدي إلى النتائج العكسية.
- اجعلهم يشاركون في الحديث والمناقشات كما سائر أفراد المجتمع.
- لا تحاول التركيز بشدة مع الشخص الأبكم، محاولاً فهمه.

كيف تتصرف مع الشخص الذي يعاني من إعاقة بصرية؟

- قد تجد نفسك في بعض الأحيان تتحدث مع الشخص الفاقد لبصره بصوت مرتفع، ولا تعرف كيف تتصرف بنحو طبيعي معه. عليك أن تضع في اعتبارك أنّ هذا الشخص هو فرد عادي وطبيعي مثلك تماماً، وأنّ جميع حواسه الأخرى تعمل بكفاءة بالغة، بل أكثر من الشخص الطبيعي، لتعويض الخلل الذي يوجد لديه.
- عندما تتحدث ينبغي أن يكون ذلك بالنبرة العادية.
 - لا تتجنب استخدام كلمة "يرى" بجميع مشتقاتها، لأنّ الشخص الفاقد لبصره يستخدمها مثل أيّ شخص آخر.
 - إذا كنت ستجلس في حجرة معه، فمن الذوق أن تصف الحجرة بمكوناتها والأشخاص الذين يوجدون فيها.
 - من اللائق أن تسأل الشخص الكفيف عمّا إذا كان يريد المساعدة في عبور الشارع، لكن لا تمسك بذراعه أو تفرض عليه المساعدة دون سؤاله أولاً عمّا إذا كان سيوافق على ذلك أو لا.
 - إذا سألك عن المساعدة فاتركه ليمسك بذراعك، لا تمسك أنت به.
 - عندما تسير معه، فعليك بتنبيهه إلى أية عقبات توجد أمامه، من درجة سلّم على سبيل المثال، أو الانعطاف حول زاوية ملف.
 - إذا كان بصحته كلب فلا تحاول اللعب معه أو مضايقته بأية طريقة من الطرق، لأنّ أمان الشخص الكفيف يعتمد كلياً في هذه الحالة على الكلب الذي هو برفقته.



المراجع

- الدكتور يوسف القريوتي وآخرون - المدخل إلى التربية الخاصة - دار القلم للنشر والتوزيع - دبي/دولة الإمارات العربية المتحدة - 2001م.
- الدكتور وائل مسعود - الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة - دار الزهراء - الرياض/المملكة العربية السعودية 2009م.
- الأستاذة إيمان كاشف - دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين - دار الكتاب الحديث - القاهرة/جمهورية مصر العربية 2008م.
- الدكتور عصام النمر - القياس والتقويم في التربية الخاصة - دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع - عمان/الأردن 2008م.
- دكتور جمال الخطيب والدكتورة منى الحديدي - قضايا معاصرة في التربية الخاصة - دار وائل للنشر - الطبعة الأولى - عمان/الأردن 2010 م.
- الدكتور أحمد نايل الغرير والأستاذ أديب عبد الله النوايسة - الوسائل المساعدة والأجهزة التقويمية للأشخاص المعاقين - دار الشروق للنشر والتوزيع - عمان/الأردن 2009م.
- الدكتور واين أوصلن - حول مشاكل الأذن والسمع (مترجم) - الدار العربية للعلوم - بيروت/لبنان 2003م.
- الدكتور ابراهيم شعير - تعليم المعاقين بصرياً - دار الفكر العربي - القاهرة/مصر 2009م.
- الأستاذة رانا نديم بوعجرم - دمج ذوي الحاجات الخاصة وفئة الصعوبات التعلمية - شركة المطبوعات للتوزيع والنشر - بيروت/ لبنان- 2005م.
- الأستاذ محمود أحمد الحاج - الصعوبات التعلمية للإعاقة الخفية - دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع - عمان/الأردن - 2010م.
- الدكتور عوني شاهين - الأطفال ذوو المتلازمة داون - دار الشروق للنشر والتوزيع - عمان/الأردن - 2008م.
- الأستاذ فواز الراميني - رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة - دار الكتاب الجامعي - غزة/فلسطين - 2009م.
- الدكتورة حولة يحيى - إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة - دار الفكر - عمان/الأردن - 2008م.
- الأستاذ محمد عبد السلام - مهارات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة - القاهرة/مصر- 2008م.



الفهرس

4	1. مقدمة الدليل
7	2. كلمة رئيس الجمعية
8	3. شكر وتقدير
10	4. كلمة وزارة الشؤون الاجتماعية
12	5. نبذة عن جمعية الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية
17	6. نظرة تاريخية حول الإعاقة ما بين الماضي والحاضر
17	7. كيف تعامل الإسلام مع الأشخاص ذوي الإعاقة
20	8. تغيرات عالمية في فهم الإعاقة والتعامل معها
24	9. الإعاقة في التشريعات الدولية
24	10. اتفاق الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
25	11. قانون الإعاقة في لبنان
28	12. اهداف ومطور عالمية في مجال الإعاقة
28	13. الوقاية والاكتشاف المبكر للإعاقة
29	14. تقسيم أسباب الإعاقة حسب مراحل النمو
34	15. التأهيل: دوره، أنواعه، حدوده
42	16. أنواع الإعاقات
44	17. الإعاقات الجسمية والصحية
45	18. الشلل الدماغي (Cerebral palsy)
46	19. شلل الأطفال (Poliomyelitis) شلل الأطفال (Poliomyelitis)
46	20. إصابات العمود الفقري والنخاع الشوكي
47	21. التصلب اللوحي المتعدد (Multiple Sclerosis)
47	22. الصرع (Epilepsy)
48	23. استسقاء الدماغ (Hydrocephalus)
48	24. شق الحلق والشفة الأرنبية (Cleft and Lip palate)
48	25. إصابات الهيكل العظمي (Skeletal Impairments)
48	26. بتر الأطراف (amputation)
50	27. التقرم (dwarf)
50	28. الإصابات المتعلقة بالعضلات (Muscular Impairments)
52	29. الإصابات الصحية (Health Impairments)
52	30. الحساسية الصدرية أو الربو (Asthma)
52	31. الالتهاب الكيسي التليفي (Cystic Fibrosis)
53	32. متلازمة داون (Down Syndrome)
54	33. الإجراءات العلاجية العامة المشتركة للإعاقات الجسمية

54	34. التكنولوجيا المساعدة
54	35. الأطراف الاصطناعية
54	36. العلاج الوظيفي (الانشغالي)
55	37. العلاج الفيزيائي
56	38. العلاج الحسي حركي
58	39. الإعاقة البصرية
58	40. التعريف وتشخيص الإعاقة البصرية
59	41. مظاهر وإشارات حدوث الإعاقة البصرية
60	42. الأجهزة والوسائل المساعدة للأشخاص المعوّقين بصرياً
61	43. الأجهزة والوسائل التعليمية للمكفوفين
61	44. الأجهزة والأدوات الخاصة بالحركة والتنقل للمكفوفين
64	45. الإعاقة السمعية
64	46. تصنيفات الإعاقة السمعية
65	47. تشخيص الإعاقة السمعية
65	48. المظاهر العامة للإعاقة السمعية
66	49. الأجهزة المساعدة للإعاقة السمعية
68	50. اضطرابات الكلام واللغة
68	51. تعريف اضطرابات التواصل
68	52. أنواع اضطرابات التواصل
69	53. علاج النطق
70	54. الإعاقة الذهنية
70	55. معدل نسبة الذكاء ودرجات الذكاء
71	56. مظاهر الإعاقة الذهنية
73	57. علاج الإعاقة الذهنية
74	58. الصعوبات التعليمية
74	59. تعريفات صعوبات التعلم
75	60. المظاهر العامة لذوي الصعوبات التعليمية
75	61. الاتجاهات والأساليب لعلاج صعوبات التعلم
78	62. التوحد
79	63. الأعراض الأساسيّة للتوحد
80	64. المؤشّرات المبكرة للتوحد
80	65. تشخيص التوحد
80	66. علاج التوحد
82	67. فن التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة
85	68. المراجع
86	69. الفهرس







الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية
Al-Amal For Development & Social Care