التعريف بمتلازمة داون:-

حملة أعراض داون: متلازمة داون/ نظرة عامة: متلازمة داون/ نظرة عامة:لا يعرف متى وجدت متلازمة داون ، كونها لم تذكر في كتب التاريخ والحفريات، لكن من المؤكد وجودها منذ أزمان بعيدة، وفي العصر الحديث قام ايسكويرول (Esquirol 1838) بنشر بحث وصف فيه عدداً من الأطفال لديهم صفات متشابهه تنطبق على متلازمة داون، كما قام سيجوين(Seguin) بوصف مجموعة من الأطفال وسمى تلك الحالات الغباء النخالي(Furaceousidiocy). وفي العام (1866) نشر الطبيب البريطاني لانجدون داون (Langdon down) بحثه، فوصف مجموعة من الأطفال يتشابهون في الصفات الخلقية، وهكذا أمكن فصل هذه المجموعة عن بقية الأطفال المتخلفين عقلياً لأسباب أخرى متعددة كانت التسمية السابقة التي تطلق على هؤلاء الأطفال اسم(المنغوليين) نسبة إلى جمهورية منغوليا، وبقي هذا الاسم شائعاً إلى عام (1967) عندما كانت أسباب الحالة غير معروفة، واتضح بعد ذلك إنها ناتجة عن خطأ كروموسومي ولا علاقة له بالعرق الأصفر، فتم بعد ذلك استناداً إلى شكوى تقدمت بها منغوليا إلى الأمم المتحدة، إصدار قرار يمنع استخدام هذا الاسم لوصف حالة، وعرفت منذ ذلك الوقت باسم متلازمة داون. وقبل ذلك ونتيجة لوجود نقص في الطول وصغر حجم اليدين والقدمين لدى أطفال متلازمة داون سمى العلماء هذه الحالة بنقص الأطراف

الخلقي(Acromicria ويوضح الشكل(٥) صورة لطفل بأعراض متلازمة داون.

متلازمة داون/ المفهوم والتعريف:

"تعد متلازمة داون من أكثر الاضطرابات الجينية شيوعاً، وقد أشارت الإحصائيات العلمية بهذا الخصوص إلى أن من بين كل (800 -1000) حالة ولادة طبيعية نجد حالة

طفل مصاب بأعراض داون. ويشكل المصابون بهذه الحالة ما نسبته(10%) من حالات الإعاقة العقلية"

وهي اضطراب خلقي ينتج عن وجود كروموسوم زائد في خلايا الجسم، وواحدة من الظواهر الناتجة عن خلل في الصبغيات أو المورثات (Gene) ويسبب درجات متفاوتة من الإعاقة العقلية والاختلالات الجسدية، كما تظهر هذه الحالة ملامح مميزة للوجه والجسم وعيوباً خلقية في أعضاء ووظائف الجسم، ولا يحدث هذا الشذوذ الصبغي نتيجة خلل في جهاز من أجهزة الجسم أو نتيجة للإصابة بمرض معين، كما أنه ليس بالضرورة أن يكون حالة وراثية، بل هو حالة انقسام في الخلية عند بداية تكوين الجنين.

وبالعودة إلى أصل الخلية الإنسانية فأن البويضة والحيوان المنوي يخلقان من أصل خلية طبيعية تحتوي على (46) كروموسوماً، وذلك بانشطارها إلى نصفين لتكوين بويضتين أو حيوانين منويين، ويكون في كل نصف (23) كروموسوماً، فإذا حدث خلل في هذا الانقسام ولم تتوزع الكروموسومات بالتساوي بين الخليتين بحصول إحداها على (24) نسخة والأخرى على (22) الباقية، حينها تبدأ المشكلة.

فلو فرضنا أن هذا الخلل في الانقسام حدث في مبيض المرأة (علماً أنه من الممكن أن يحدث في الرجل)، فأصبحت أحدى البويضات فيها(24) بدل (23) كروموسوماً ثم لقحت هذه البويضة بحيوان منوي طبيعي (أي يحمل ٢٣ كروموسوم) أصبح مجموع عدد الكروموسومات (47) بدل العدد الطبيعي (46)، لتكون النتيجة ولادة طفل بأعراض داون "وتسمى الخلايا التي يكون فيها عدد الكروموسومات زائدة بـ(trisomy) أما الخلايا الناقصة فتسمى(monosomy) أي أحادية الخلية، وعادة يكون مصيرها الزوال أي الإجهاض المبكر"

"ومن هنا جاءت تسمية متلازمة داون أيضاً بمتلازمة (كروموسوم trisomy 21) وتحدث هذه الزيادة في البويضة عند المرأة أو في الحيمن عند الرجل، لكن نسبة حدوثها عند المرأة تكون بنسبة 90% والنسبة الباقية عند الرجل"

التعريف: عرفت متلازمة داون بأنها " تشخيص لمجموعة من الأطفال يعانون من نفس الأعراض ولهم أشكال متشابهه وأن عمرهم الزمني لا يتماشى مع عمرهم العقلي، إذ أن عمرهم الزمني أسرع من نضوج عمرهم العقلي مقارنة بالأسوياء"

متلازمة داون بأنها " حالة خطأ كروموسومي يصيب البويضة الملقحة في أثناء مرحلة انقسام الخلايا وينتج عنه ولادة طفل بإعاقة عقلية متفاوتة..

متلازمة داون/ المسببات والتشخيص:

من خلال البحث في المصادر العلمية والتحقق في البحوث والدراسات ، أكدت جميعها أن السبب الحقيقي لحدوث متلازمة داون هو زيادة في عدد كروموسومات الخلية الواحدة، لكن " حتى الآن لا يعرف كيف تستطيع هذه الزيادة أن تؤثر في التطور والتخلق الطبيعي الذي يؤدي إلى تغيرات في الصفات الجسمية التي تتفاوت نسب ظهورها في الأطفال المصابين بهذه المتلازمة"

كما ذكرت كثير من المصادر وجود عدد من المسببات وهي:

"1- من الأسباب التي اكتشفت حديثاً كعامل مسبب في عدم انتظام الكروموسومات أو تعددها هو التهاب الكبد الوبائي الذي يصيب المرأة في أثناء فترة الحمل.

2- عدت الإشعاعات (الذرية وأشعة أكس) سبباً محتملاً لحدوث الإصابة.

3- في عام 1939 نشر الباحثان الفرنسيان في علم الخلايا لجين وتربين(turpin&Lejuene) بحثهما الذي أثبتا فيه أن السبب في حدوث متلازمة داون هو وجود زيادة في عدد الكروموسومات في الخلية، فهي (47) بدلاً من (46) وهو الطبيعي، وتقع هذه الزيادة في الموقع(21)، ويعتمد توصيف الحالة على مكان وجود الزيادة،وتوجد أكثر من متلازمة ولكل منها وصفها الخاص بها وهي:

- متلازمة (Down) ونسبة حدوثها حالة لكل (800 -1000) ولادة طبيعية.
- متلازمة (Edward) ونسبة حدوثها حالة لكل (8000) ولادة طبيعية وتكون الزيادة في الموقع(18).
- متلازمة باتو (Paton) وتكون الزيادة في الرقم(13) ونسبة حدوثها حالة لكل (20000) ولادة طبيعية

4-من الأسباب التي ثبتت علمياً انه كلما زاد عمر الأم زادت احتمالية حدوث الحالة، ولتوضيح ذلك، إن المرأة يتكون لديها عدد محدد من البويضات، ولا يمكن تصنيع الجديد منها، وقد تشيخ هذه البويضات مع التقدم بالعمر، لذلك يحدث الفشل في الانفصال الخلوي(non- disjunction) في حين لم يلاحظ أي علاقة بين عمر الرجل وحصول الإصابة، ويوضح الجدول (١) العلاقة بين عمر الأم واحتمال إنجاب طفل بأعراض داون

الجدول

يوضح العلاقة بين عمر الأم واحتمال إنجاب طفل بأعراض داون.

عمر الأم (سنوات)	نسبة احتمال ولادة طفل بمتلازمة داون لمجموع المواليد الأحياء
19-15	1250/1
24-20	1400/1
29-25	1100/1
31-30	900/1
32	750/1
33	625/1
34	500/1
35	350/1
36	275/1
37	225/1
38	175/1
39	140/1
40	100/1

41	85/1
42	65/1
43	50/1
44	40/1
45 وأكثر	25/1

5- "لا توجد علاقة بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي للشخص، ولا البلد الذي يسكن فيه في ظهور الحالة، ولا علاقة للغذاء ونقص الفيتامينات في إنجاب طفل يحمل أعراض داون"وفي مجال تشخيص الحالة، تمكن الطب الحديث من التعرف على حالات (متلازمة داون) قبل الولادة باستخدام طرق كثيرة ومن أكثرها شيوعاً هي:

"1- فحص السائل (الاميني) الذي يحيط الجنين بالرحم.

2- فحص الغشاء المشيمي.

3- الفحص بالأشعة فوق الصوتية.

4- فحص سمك الجلد خلف رقبة الجنين مابين الأسبوع 11-13 من الحمل.

5- وأخيراً نشرت مجلة (دي لانسيت الطبية البريطانية) دراسة لباحثين أثبتوا أن الأجنة التي لا تملك عظمة الأنف في الأسبوع 11-14 من الحمل أكثر عرضة للإصابة، ووجد الباحثون أن العظمة الأنفية لم تكن موجودة في (73%) من الأجنة المصابة بمتلازمة داون"

الأنواع الثلاثة لحالات متلازمة داون:

1- التثليث الصبغي:" وفيه يوجد ثلاثة كروموسومات بدلاً من الزوج العادي في الكروموسوم المعني رقم (21) وهي تحدث نتيجة خطأ في انقسام الخلية خلال ارتقاء البويضة أو الحيوان المنوي، أو خلال الإخصاب، وتشكل 95% من حالات الإصابة بأعراض داون،

2- الانتقالي (الازفائي):"ويمثل هذا النوع ما يقارب 4% من حالات الإصابة، والوالدان هنا أحدهما عادة حامل لهذا الالتصاق، دون أن تظهر عليه أية أعراض مرضية، إلا أنه ينقل الكروموسوم الطبيعي(21) فضلاً عن آخر (وغالباً ما يكون في الموقع(13 أو 14 أو15) ملتصق عليه كروموسوم (21) وهكذا يولد طفل تحتوي خلاياه على كروموسوم (21) زائد جزء منه (متكسر وملتصق) بكروموسوم آخر، وكما موضح في الشكل (١٠)

3- الموزاييك: "ويمثل نوعاً نادراً أو ما يقارب (1%) من حالات متلازمة داون، والوالدان هنا طبيعيان تماماً، غير أن خطأ عرضياً في انقسام البويضة الملقحة ينتج عنه طفل تحتوي بعض خلايا جسمه على العدد الطبيعي للكروموسومات، بينما يحتوي بعضها الآخر على (47) كروموسوماً، والأطفال المصابون بهذا النوع يبدون عادة أعراضاً قليلة من ظواهر متلازمة داون، وكما موضح في الشكل (١١)"

متلازمة داون/ الوصف والشكل العام

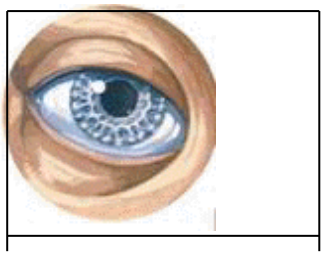
في علم الوراثة يأخذ كل مولود الصفات الجسمية من والديه عن طريق المورثات (Gene)، وكذلك الطفل المصاب بمتلازمة داون، إلا أن زيادة الموروثات في الكروموسوم (21) يضفي بعض الصفات التي تميّز الأطفال من حملة أعراض داون من غيرهم من الأسوياء ومن هذه الصفات:

1- الجمجمة والرأس: لوحظ أن الشكل العام للرأس متميز لدى أطفال هذه الفئة، فالرأس صغير ومحيطه أقل من الحجم الطبيعي، وهذا النقص يتركز في الطول من الأمام إلى الخلف، وتشكل هذه الظاهرة نسبة 80% من الأطفال المصابين ...كما أن نقص نمو العظام للوجنتين والفك مع انخفاض قاعدة الأنف تعطي الوجه الشكل المسطح المميز، هذا فضلاً عن صغر حجم الأنف وانخفاض قاعدته، مع كون فتحات الأنف صغيرة.

الشكل

يوضح صورة الرأس لطفل متلازمة داون.

2- العينان: أن الميلان إلى أعلى سمة بارزة لطفل متلازمة داون، وكذلك وجود زيادة في الجلد عند حافتي العين الداخلية وتلاحظ هذه الزيادات بعد الولادة مباشرة وتقل بتقدم العمر.



الشكل

يوضح صورة لعين طفل بأعراض متلازمة داون

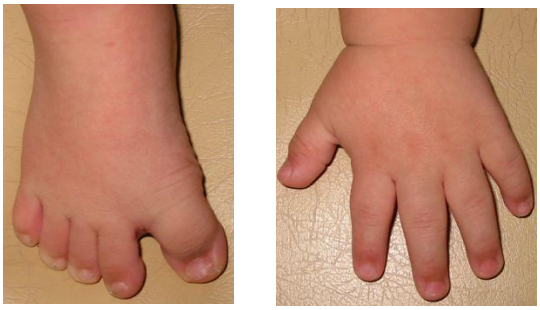
3- الفم: يلاحظ أن أفواه هؤلاء الأطفال غالباً ما تكون مفتوحة، وتشكل هذه الظاهرة نسبة (65%) من المصابين، وان اللسان بارز وطويل ومائل للاحمرار وفيه تشققات وبنسبة(88%) وان بروز اللسان أكثر انتشاراً في الذكور منه في الإناث، وفي البيض بنسبة(92%) منه في السود بنسبة(67%)، وان سبب بروز اللسان هو كبر حجمه وصغر حجم الفم.

الشكل

يوضح صورة للفم واللسان لطفل مصاب بأعراض متلازمة داون

4- الرقبة: تكون قصيرة وممتلئة، مع وجود زوائد جلدية في الخلف.

5- الأطراف:لوحظ أن الأطراف عند هذه الفئة من الأطفال تكون قصيرة نوعاً ما، واليدين والقدمين عريضتان وممتلئتان، وفي اليد يوجد خط منفرد في إحدى اليدين، وشكل بصمات الأصبع تأخذ شكل الحرف (L) أكثر مما يغلب عليها الحلقات الحلزونية المعروفة عند الأسوياء. وتشكل هذه الظاهرة نسبة 42 – 64% من المصابين. أما الأصابع فتكون قصيرة وممتلئة، ويكون الإصبع الخامس أقصر من الطبيعي ومنحرفاً، وتشكل هذه الظاهرة نسبة (52%) من المصابين، وتكون القدم صغيرة وممتلئة ومسطحة، وتكون المسافة بين أصبع القدم الأول والثاني زائدة عن المعدل الطبيعي وتشكل هذه الظاهرة نسبة (96%) من الأطفال المصابين.



الشكل

يوضح صورة اليد والقدم لطفل مصاب بأعراض متلازمة داون

6- العضلات: توجد ليونة عامة في العضلات والأربطة، مما يعطي صورة معينة للشكل العام للجسم في حالة السكون والحركة، فتؤثر في طريقة المشي، فنرى الطفل يمشي بخطوات مميزة، وتكون الرجلان متباعدتين والرأس مرفوعاً والظهر مقوساً للخلف مع بروز البطن.

الشكل

يوضح صعوبة المشي نتيجة ليونة العضلات

7-الصدر: عادة ما يكون شكل الصدر طبيعياً، ولكن نسبة حدوث الصدر المقعر(18%) والصدر الناتئ (11%) أكثر من الأطفال الاعتياديين، كما يلاحظ نقص في الأضلاع لتكون أحد عشر ضلعاً بدلاً من أثني عشر.

8- البطن: غالباً ما تكون منتفخة وبارزة بنسبة عالية.

أطفال متلازمة داون وإمكانية التعلم

تختلف درجة القصور لدى أطفال هذه الفئة، نظراً لاختلاف إمكانيات كل طفل ودرجة القصور عنده، لكنهم قادرون على التعلم إذا أثرينا حياتهم بدوافع وحوافز، وأعطيناهم فرص التعليم المبكر المناسب ، ووفرنا لهم التشجيع المستمر.

وكلما كان التدخل مبكراً ومكثفاً، كانت فرص التحسن أكثر وأكبر، وهذا التدخل بالتعليم والتدريب يجب أن يكون واضحاً ومستمراً، وتربية طفل متلازمة داون لا تختلف عن تربية باقي الأطفال لكنها تحتاج إلى المثابرة والصبر، فالأهل يستطيعون أن يعلموا طفلهم الكثير من المهارات البسيطة والتعامل الاجتماعي يومياً، وهناك بعض النقاط التي تساعد على تعلم الطفل وهي:

- الطفل يتعلم بسرعة إذا كان ما يتعلمه فيه متعة.
- الطفل يرغب في التشجيع والمكافأة.
- الطفل يتعلم المهارة الجديدة إذا جزئت إلى خطوات بسيطة.
- مساعدة الطفل على أداء المهارة، ثم التقليل من الاعتماد على الآخرين بصورة تدريجية.
- تعليم المهارة الأبسط ثم التدرج إلى الأصعب.
- لكل مرحلة عمرية قدراتها.
- لكل طفل قدراته الخاصة.
- المثابرة والصبر فقد تحتاج المهارة الواحدة مدة طويلة.

ويحتاج أطفال متلازمة داون كغيرهم من الأطفال إلى التمرين والتعليم، وذلك من خلال برنامج تربوي دقيق ومدروس لتأمين احتياجاتهم ولمواجهة الصعوبات الفكرية والحركية لديهم لتمكينهم من الوصول إلى أقصى قدراتهم الفكرية والجسمية، ولرفع الحصيلة التعليمية بوجه عام.

" وعادة ما يبدأ الأطفال الأسوياء تعليمهم المدرسي في سن السادسة، لكن أطفال هذه الفئة يحتاجون إلى التعليم والتدريب في سن مبكرة جداً، قد تبدأ بعد الولادة مباشرة"

كما أن تأثير التخلف العقلي لا يقتصر على القدرات التعليمية، فحسب بل يمتد إلى القدرات الأخرى مثل: الاجتماعية والانفعالية واللغوية والمهنية والاستقلالية... لذا ولكون ذوي الإعاقة العقلية(وخاصة البسيطة منهم) الذين يمكن تعليمهم في المدارس قادرون على التعلم، ولكن ليس بالسرعة والسهولة نفسيهما كالأسوياء لذا فهم يحتاجون إلى بعض التعديلات اللازمة لمراعاة الحاجات الخاصة لهؤلاء المتعلمين وهي:

- تقديم دلالات تلقينية للأطفال وتزويدهم بتغذية راجعة متكررة.
- تعليم المهارات التي سيحتاج الأطفال إلى استخدامها بشكل متكرر.
- تقديم المعلومات للمعاق على هيئة وحدات صغيرة ومتسلسلة.
- استخدام المواد والأدوات الملموسة وغير التجريدية والتأكد من أنها مثيرة لاهتمام الأطفال وملائمة لأعمارهم الزمنية، وذات معنى بالنسبة لهم.
- التركيز على تطوير مهارات التواصل وتحقيق الأهداف الوظيفية.

- إتاحة الفرص الكافية للمراجعة والتكرار والممارسة للمهمات التعليمية

وفي أثناء التعليم والتدريب للطفل المعاق عقلياً يتم استخدام أسلوبين هما:

الأسلوب الأول هو التعزيز الفوري بوصفه اسلوباً مناسباً لتعديل سلوك الطفل وتشكيله في أداء المهام المطلوبة منه برغم بساطتها، وأسلوب التعزيز في مقابل الاستجابة للتعليمات والانجاز، أي بعد حدوث السلوك المراد تعليمه للطفل، والأسلوب الثاني هو التعزيز المؤجل أي هو في حالة إهمال الطفل للأداء الحسن أو الصحيح بعد إتقانه للأسلوب واستجابته للمهارة، فيلجأ المعلم إلى بعض أساليب العقاب مثل الحرمان من اللعب، والنشاط لبعض الوقت.

ولفهم احتياجات التعلم الخاصة بحالات أطفال متلازمة داون ملاحظة الآتي:

- لدى أطفال هذه الفئة حالات خاصة من صعوبات التعلم ومواطن القوة.
- يمكن الاستفادة من مواطن القوة لديهم في دعم عملية التعلم.
- كبقية الأطفال يكون تطورهم عملية اجتماعية وتفاعلية، تتأثر بجودة العلاقات الاجتماعية وبيئات التعلم التي يكتسبونها.
- الانخراط في الأسرة والمجتمع والمدرسة أمر ضروري لتحقيق التقدم الأمثل.
- التدخل المبكر.

التدخل المبكر:

"أصبح مفهوم التدخل المبكر في الآونة الأخيرة أكثر شمولية وأوسع نطاقاً، لكونه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة، بل أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية أيضاً"

ويعرف التدخل المبكر بأنه " تدخل سريع وعاجل قبل تفاقم المشكلة لمساعدة الطفل على التطور"' ويعرف أيضاً بأنه" نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن السادسة من العمر ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية، والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة"

ويؤدي التدخل المبكر دوراً وقائياً حيوياً يتمثل أساساً بمساعدة الطفل على

1-اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها.

2- اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.

3- تطوير مفهوم ايجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الانجاز.

4- تطوير اتجاهات ايجابية نحو المدرسة والتعلم.

ويهدف التدخل المبكر إلى إجراء معالجة فورية وقائية تهدف إلى تنمية قدرات الطفل في مجالات متعددة : حركية، اجتماعية، لغوية، رعاية ذاتية. وبما أن النمو الحركي هو القاعدة الأساسية التي يمكن للطفل بواسطته اكتساب مجموعة من المهارات ... لذا يفضل أن يتم البدء في أي برنامج للتدخل المبكر بالتنمية الحركية مثل: عمليات التحكم بالرأس ، واستخدام اليدين . الاستناد باليدين، والجلوس بمساعدة . الحبو، والوقوف، والمشي، ونزول الدرج وصعوده الخ. وللتدخل المبكر مسوغاته يذكرها كل من جمال ومنى(2004) وفيما يأتي أهمها

1- أن السنوات الأولى في حياة الطفل المعاق الذي لا يقدم له برامج التدخل المبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة، وربما تدهور نمائي أيضاً.

2- أن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أي مرحلة عمرية أخرى.

3- أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل للبيئة دور حاسم فيه.

4- أن الآباء معلمون لأطفالهم المعاقين،وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.

5- أن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها قابلية النمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.

6- أن تدهوراً نمائياً قد يحدث للطفل المعاق بدون التدخل المبكر، مما يجعل الفروق بينه وبين الأسوياء أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.

7- أن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يعود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

التطور الحركي والفكري للأطفال من حملة أعراض داون

يولد معظم أطفال متلازمة داون بإمكانية إحراز تقدم في جميع مجالات التطور، غير أنه للقيام بذلك يجب أن يتمتعوا بالقدرة على التفاعل مع المجتمع... وأن يحاطوا بأشخاص يتحدثون إليهم ويتفاعلون مع سلوكياتهم، وفي كل خطوة يجب أن يتحلى الطفل بالمقدرة على تخزين المعلومات التي يكتسبها من المجتمع والقدرة على ممارسة المهارات الجديدة.

والطفل المولود بأعراض داون كالأطفال الآخرين يكتسب القدرات الحركية واللغوية كالأسوياء، لكن هناك معوقات لتطور الحركة والفكر لديه ومنها:

- وجود التخلف الفكري بدرجات متفاوتة.
- ارتخاء العضلات والأربطة.
- قد يكون لدى الطفل تأثر في السمع والبصر.
- الإصابات المتكررة بالالتهابات.
- تأخر المهارات اللغوية والنطق.

هذه المعوقات فضلاً عن ضعف القدرات التعبيرية تجعل الترابط بين الطفل ومن حوله ضعيفة، لذا تزداد الفرقة بينه وبين مربيه وخاصة الأم، وعندها يبدأ الإهمال فتتوقف قدراته الفكرية والحركية عن النمو والتطور، ويزداد الجفاء، ومن ثم الدخول في مرحلة الإحباط للطفل والأم.

ويختلف نمو الطفل بأعراض داون عن الأطفال الأسوياء، ويلاحظ أن نموه أقل من الطبيعي... لتكون جميع مقاييس النمو في حدها الأدنى من الطبيعي عند الولادة، وفي مرحلة الطفولة لوحظ أن النقص يصل إلى نسبة (25%) أقل من الأسوياء، ويلاحظ هذا النقص في الطول ومحيط الرأس،ووجود نقص نسبي في نمو عظام الأطراف، وأن نسبة طول الأطراف إلى الطول العام أقل من الطبيعي، وعند دراسة مراكز نمو العظام وعمرها بالأشعة وجد أن هناك تأخراً بسيطاً في نموها، ولوحظ أيضاً زيادة الوزن لدى أطفال هذه الفئة تبدو كبيرة عند مقارنتها بالزيادة في الطول لتكون زيادة الوزن في حدها الأعلى لكل فئة عمرية.

وتُعْتَمد المعايير النمائية الآتية في قياس مظاهر النمو الجسمي للأطفال المعاقين عقلياً وتشخيصها

- محيط الجمجمة (Skull circumference): يتراوح محيط رأس لطفل الاعتيادي عند الولادة ما بين (28 – 38) س (33 ±5).
- الوزن عند الميلاد (Weight at Birth): يتراوح وزن الطفل الاعتيادي عند الولادة ما بين 2.5 – 3.5 كغم (3 كغم ± 500غم).
- الطول عند الميلاد(Height at Birth): يتراوح طول الطفل الاعتيادي عند الولادة مابين 45 سم –55سم (50 سم ± 5 سم).

- **المشي(Walking): يمشي الطفل الاعتيادي في عمر يقارب ٩ أشهر- ١٥ شهراً (12 شهراً± 3 أشهر). لذلك فأن الأطفال الذين يزيدون أو يقلون عن هذه المعايير يعدون أطفالاً غير اعتياديين.**

ويتأخر الأطفال من هذه الشريحة في بلوغ مجموعة من المهارات التي عادة ما يكون أقرانهم قد حصلوا عليها... ومن هذه المهارات

1- المهارات الحركية الكبيرة.

2- المهارات الحركية الدقيقة.

3- مهارات الفهم والإدراك.

4- المهارات اللغوية.

5- المهارات الاجتماعية.

كما وتظهر بعض مظاهر التخلف الفكري والحركي ومنها:

- **تأخر ظهور الابتسامة(الأسبوع السادس).**
- **أن لا يكون الطفل اجتماعياً مع من حوله(الشهر الثالث).**
- **تأخر الكلام.**
- **ضعف الذاكرة وعدم التركيز.**
- **عدم القيام بالحركات الجسمية لكل مرحلة عمرية.**

ويوضح الجدول مقارنة بين الأطفال بأعراض داون مع الأسوياء في عدد من المهارات

مقارنة بين الأطفال بأعراض داون مع الأطفال الأسوياء في عدد من المهارات

ميدان التطور	المعالم	المدى العمري	
		أطفال بأعراض داون	أطفال أسوياء
المهارات الحركية العامة (الحركة في المكان)	رفع الرأس بثبات خلال الجلوس	3-9 شهور	1-4 شهور
	الجلوس بدون مساعدة	6-16 شهراً	5-9 شهور
	الوقوف بدون مساعدة	12-38 شهراً	9-16 شهراً
	المشي بدون مساعدة	13-48 شهراً	9-17 شهراً
المهارات الدقيقة وتوافق حركة العين مع اليد	ملاحظة الشيء بواسطة النظر	1-5 شهور	1-3 شهراً
	الوصول ومسك الأشياء	6-12 شهراً	4-8 شهراً
	وضع مكعبين على شكل برج	14-32 شهراً	10-19 شهراً
	نقل الأشياء من يد إلى أخرى	6-12 شهراً	4-8 شهور
	رسم دائرة على مخطط دائري	36-60 شهراً	24-40 شهراً
مهارات الاتصال بالآخرين	لفظ ماما وبابا	7-18 شهراً	5-14 شهراً
	الاستجابة لكلمات معروفة	10-12 شهراً	5-14 شهراً
	أولى الكلمات التي لها معنى	13-36 شهراً	10-23 شهراً
	تحديد الحاجة بواسطة الحركة	14-30 شهراً	11-19 شهراً

	لفظ عبارة متكونة من كلمتين	18–60 شهراً	15–32 شهراً
مهارات شخصية واجتماعية	الابتسام عند التحدث إليه	1–5 أشهر	1–2 شهرين
	القدرة على تناول البسكويت	6–14 شهراً	4–10 شهور
	الشرب بواسطة الكوب	12–23 شهراً	9–17 شهراً
	الشعور بالحاجة للذهاب للحمام	20–60 شهراً	16–48 شهراً

الرياضة والخواص من حملة أعراض داون:

تعد التربية البدنية والرياضة نشاطاً أساسياً لأطفال هذه الفئة، إذ تسهم بشكل فعال في تكوين شخصية الطفل، كما تعد أيضاً مدخلاً رئيساً لنمو الطفل في الجوانب العقلية والمهارات الحركية والاجتماعية، كما أنها تساعد في تنمية التفكير والتدريب على الأدوار الاجتماعية، التي يحتاجها الطفل بأعراض داون أكثر من غيره من الأطفال الأسوياء والمعاقين، أن النشاطات الرياضية والألعاب تعد خير وسيلة في المساهمة في تعليم الطفل على الكثير من مهارات الحياة اليومية الضرورية له، لقضاء حاجاته واهتماماته اليومية، فمن خلال اللعب يستطيع الطفل أن يدرك ذاته ويتعرف على الكثير من قدراته وإمكاناته.

والنشاط الحركي يساعد على اللياقة البدنية والصحية والذهنية والصحة العامة لأطفال متلازمة داون، وهو يحقق الأهداف الآتية:

- **"تنمية التوافق العصبي.**
- **تحسين الكفاءة الحركية.**
- **رفع مستوى تركيز الطفل وانتباهه.**
- **رفع مستوى قدرات الأطفال على الإحساس والتصور والتذكر والتمييز الحركي البصري.**
- **يحسن استعدادات الأطفال الحركية"**

ويحتاج الأطفال من حملة أعراض داون إلى رعاية خاصة لتطوير حالتهم الصحية، وتؤدي النشاطات الرياضية المختلفة دوراً أساسياً في هذا الجانب، وبما أن معظم أطفال هذه الفئة لديهم ارتخاء في العضلات والأربطة... لكن زيادة المرونة في منطقة الرقبة، وخصوصاً في المفصل بين فقرة الرقبة الأولى والثانية ذات أهمية خاصة، لكون هذا المفصل يمكن أن يزيد من مخاطر أصابتهن وتكمن الخطورة فيما يؤديه حدوثه من نتائج سلبية قد تؤدي إلى الوفاة ... ومن أعراض هذه الحالة:

ألم في الرقبة، وانحناء الرأس المستمر، وضعف عضلات الرقبة، وتغيير في طريقة المشي، وزيادة التوتر العصبي في الأرجل، وتغير الإحساس في اليدين والقدمين، وفقدان التحكم في التبول والبراز، فقدان المهارات الحركية الكبرى... لذا فأن الطفل يحتاج إلى متابعة مستمرة مع تجنب مزاولة النشاطات التي تسبب ضغطاً على الرقبة

"ومن الألعاب ذات الخطورة على هؤلاء الأطفال هي: القفز إلى الماء(الغطس)، والمصارعة، والجودو، والجمناستك، والترامبولين، والتزحلق، والسباحة(الفراشة)، والقفز العالي، وكرة القدم

وعن النشاطات الرياضية الملائمة للأطفال بأعراض داون تذكر إيمان عبد الأمير(2001) " أن نوع النشاطات البدنية التي يستطيع المعاقون من حملة أعراض داون المشاركة فيها ما لم يكن لديهم أية اضطرابات (نفسية، سلوكية، صحية) فقد أكدت معظم البحوث أن أطفال هذه الفئة يستطيعون المشاركة الفعلية بعدة نشاطات دون أن يتعرضون للإصابات"

من هذا يتضح أن مشاركة أطفال هذه الشريحة في النشاطات الرياضية يجب أن يكون تحت رقابة وإشراف خبراء ومتخصصين، وبهذا يذكر(حلمي وليلى 1998) أمثلة لتلك النشاطات التي تتلاءم والمعاقين عقلياً وعلى النحو الآتي

1- التمرينات: يفضل أن تكون على شكل ألعاب ولا تحتاج إلى تفكير في الأداء، لكون هذه الفئة تعتمد على التقليد للحركات كتقليد الطيور أو الحيوانات كذلك تتنوع التمرينات بين فردية وزوجية وباستخدام أدوات أو بدونها.

2-ألعاب الكرات الملونة والكرات الصغيرة: ويفضل أن تكون ذات ألوان وأحجام مختلفة لتنمية التمييز بين الأدوات والأحجام، كما تستخدم في التصويب نحو الهدف لتعويدهم على تقدير المسافات، ويمكن إدخال بعض الألعاب، كالجري واللقف والألعاب الترويحية المسلية لتعويدهم على التفاعل مع الآخرين.

3- الأدوات الصغيرة والبديلة: يفضل استخدام مكعبات من المطاط أو الفلين وغيرها متعددة الألوان لتنمية الملكات الذهنية وفقاً لقدراتهم العقلية.

4- ألعاب الموانع: ويفضل إعداد موانع مختلفة لتدريبهم، لتكون ذات ألوان متعددة، ويغير ترتيبها كل فترة لتنمية القدرات العقلية.

5- ألعاب التسلق: يفضل إعداد أدوات للتسلق لتنمية إحساسهم الحركي، كالحبال وسلالم الحائط واستخدامها في المهارات الترويحية.

6- ألعاب القوى: مثل: أ- الجري مسافات قصيرة 25 م، 50 م، 100 م، بما يتناسب مع السن والجنس.

ب- الوثب: كالطويل، ويجب ملاحظة توافر وسائل الأمن والسلامة في الأدوات وتوافر المشرفين.

ج – الدراجات: من النشاطات المحببة للمتخلفين عقلياً سواء كانت الثابتة أو ذات الثلاث عجلات.

أهمية الألعاب الرياضية لطفل متلازمة داون:

يعد نشاط اللعب لأطفال هذه الفئة له جاذبيته الخاصة لأنه يمنح الطفل شعوراً بالمشاركة والفاعلية والمنافسة، ويشكل وسطاً مناسباً لتعلم المفاهيم والمعلومات والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة في جو ممتع ومحبب ومن فوائد الألعاب لأطفال هذه الفئة هي

1- تساعد على التفريغ والتنفيس الانفعالي.

2- التخلص من العزلة والانسحابية والطاقة الزائدة.

3- شغل الفراغ والاندماج مع الآخرين.

4- تحسين التآزر العضلي والمرونة العضلية.

5- تحسين المهارات الحركية.

6- زيادة الكفاءة في تعلم مبادئ الكتابة.

التكيّف الاجتماعي:

يعد مفهوم السلوك التكيّفي (adaptive behavior) من المصطلحات الحديثة التي دخلت ميدان التربية الخاصة، ففي أواسط الخمسينات من القرن الماضي استخدم هذا المصطلح (Doll, 1941) ومن بعده هيبر(Heber, 1959) وجروسمان(Grossman, 1973) وأخيراً الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD 1983, 1993).

أما البدايات المنظمة لاستخدام هذا المصطلح فتعود إلى العلوم البيولوجية، التي استخدمت مفهوم التكيّف (adaptation) للدلالة على مدى قدرة الكائنات الحية على التكيف مع العوامل البيئية والطبيعية، ثم ظهر هذا المفهوم في العلوم الاجتماعية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيّف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية، كما ظهر هذا المفهوم في العلوم النفسية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيّف بالمعنى النفسي والصحة النفسية،أما في التربية الخاصة، فقد أُعتُمِدَ هذا المفهوم وعُدَّ متغيراً أساسياً في تعريف الإعاقة العقلية، وعُدَّ فشل الفرد في التكيّف الاجتماعي والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية مظهراً من مظاهر الإعاقة العقلية

ويقصد بالتكيّف الاجتماعي تكيّف الفرد مع البيئة الخارجية، والمادية، والاجتماعية التي يعيش فيها... لذا فأن التكيّف هو" عملية ديناميكية مستمرة تهدف إلى تغيير سلوك الفرد أو تغيير المجتمع الذي يعيش فيه لكي يكون بينه وبين المجتمع الذي يعيش فيه توافقاً وتكيّفاً

وتعد العلوم الاجتماعية من أكثر العلوم التي ركزت على موضوع التكيّف بين الفرد والمجتمع، لذا ظهر مصطلح(Social adjustment) ليعبر عن مدى توافق أو تكيّف الفرد مع كل المتغيرات الاجتماعية التي تحيط بالفرد، ويمكن تصنيف هذه المتغيرات إلى:

1- المتغيرات الأسرية: وتشمل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي للأسرة... والقيم والمعايير الاجتماعية الأسرية، كما وتشتمل على نمط التربية الأسرية.

2- المتغيرات المدرسية: وتشمل أنماط الإدارة المدرسية، وأنماط الإدارة الصفية، وأساليب تعديل السلوك المستخدمة... كما تشمل البرامج التعليمية والمناهج المدرسية وأساليب التدريس.

3- المتغيرات الاجتماعية: وتشمل القيم الدينية والاجتماعية، واللغة والعادات والتقاليد، والاتجاهات الاجتماعية، والنظم والقوانين التي تسود المجتمع.

وتبدو مظاهر التكيّف الاجتماعي الناجح في توافق الفرد الأسري والمدرسي والاجتماعي، في حين تبدو مظاهر سوء التوافق أو التكيّف الاجتماعي في الخلافات الأسرية والتصدع الأسري، والفشل المدرسي، والفشل في مجال العمل، والشعور بالإحباط الاجتماعي، والسلوك العدواني

والتكيّف الاجتماعي هو" مدى قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته الطبيعية والاجتماعية والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه بنجاح مقارنة مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها وخاصة متطلبات تحمل المسؤولية الشخصية الاجتماعية باستقلالية"

ويتضمن مفهوم السلوك التكيّفي عدداً من المظاهر وتتمثل فيما يأتي

- النضج الجسمي والتآزر البصري الحركي.
- القدرة على التعلم والمتمثلة في تعلم المهارات الأكاديمية اللازمة حسب المرحلة العمرية والنمائية.
- المهارات الاجتماعية: والمتمثلة في تعليم مهارات الحياة اليومية والمهارات اللغوية، ومهارات التعامل بالنقود وتحمل المسؤولية والتنشئة الاجتماعية.

ومما يدلل على مكانة بعد السلوك التكيّفي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية، عد السلوك التكيّفي أحد الأبعاد الرئيسة في (الاتجاه التكاملي) في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية.

ويوضح الشكل الآتي مكانة

السمات الاجتماعية والانفعالية لأطفال متلازمة داون:

يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من قصور واضح في المقدرة على فهم السلوك الاجتماعي، ليصعب عليهم استيعاب السلوكيات الاجتماعية وتفسيرها في مختلف المواقف، وبالتالي فهم يواجهون صعوبات في التعايش الاجتماعي مع من حولهم، ويعانون أيضاً في مقدرتهم على توصيل أفكارهم ومشاعرهم الذاتية من أجل حل المشكلات التي تواجههم في المواقف الاجتماعية المختلفة

كما نال موضوع العلاقة بين الذكاء والسلوك التكيّفي اهتمام علماء التربية الخاصة في ميدان الإعاقة العقلية، وعد الذكاء مفهوماً مستقلاً عن السلوك التكيّفي، لكن وفي الوقت نفسه فأن الذكاء يؤثر في قدرة الفرد على السلوك التكيّفي الاجتماعي، ويمكن عد السلوك التكيّفي محصلة تفاعل الفرد بقدراته العقلية مع العوامل البيئية الاجتماعية... لذا يكون ذوو التحصيل الأكاديمي المرتفع أكثر تكيّفاً واستجابة للمتطلبات الاجتماعية بنجاح، ومن هنا ظهر مصطلح (الذكاء الاجتماعي)، والذي يعني قدرة الفرد على توظيف قدراته أو ذكائه في التكيف الاجتماعي الناجح.

وبالتالي تعد العلاقات ايجابية (في الأحوال الاعتيادية) بين كل من الذكاء والسلوك التكيّفي، وخاصة في تفاعل الفرد مع العوامل الاجتماعية المتمثلة في الأسرة، والمدرسة، والعمل، والمجتمع بشكل عام، وهذا ما أكدته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1992).

ويعتمد تطور الصفات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون على جانبين مهمين هما: القدرة العقلية والمثيرات البيئية المحيطة (ويقصد بها عملية التنشئة والتدريب).

وفي الغالب يكون هناك قصور في السلوك التكيّفي والاجتماعي لدى أفراد هذه الفئة مقارنة بمعيار النمو الطبيعي خاصة عند التقدم بالعمر، وبهذا فأن المظاهر الاجتماعية لدى طفل داون القصور في الكفاية الاجتماعية والعجز عن التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، ويلاحظ ذلك في ميل الطفل إلى مشاركة الأصغر منه سناً في نشاطاتهم وألعابهم، ومن السمات الأخرى أيضاً:

1- أحياناً تظهر على فئة منهم العزلة والانسحاب من الجماعة، وتزداد هذه المظاهر سوءاً بسبب الاتجاهات السلبية للآخرين نحوهم،وعدم تقبلهم.

2- ردود أفعال هؤلاء الأطفال تكون أضعف من المعتاد، وليس من السهل جذب انتباههم واستثارهم.

3- يتميزون بحبهم للنشاطات اللامنهجية وخاصة الموسيقى، وقدرتهم الجيدة على تعلم الرقص وركوب الخيل، وهذا بدوره يساعدهم على تنمية توازنهم.

4- قدرتهم ضعيفة على مقاومة الإحباط لهذا تنشأ وتتطور لديهم بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية.

5- قد تظهر بعض الاضطرابات في الشخصية كالعدوانية والاندفاع والتهور نتيجة أخطاء في التربية.

6- في الغالب يظهر عليهم التعاون بشكل عام والكبار منهم يكونون وديعين يسهل السيطرة عليهم، ويميلون للمخالطة الاجتماعية كلما تقدموا بالعمر.

كما تتميز هذه الفئة بصفات انفعالية واجتماعية متميزة فهم أقل من الأطفال الآخرين انفجاراً في المواقف الانفعالية، ويبدو طفل داون مبتسم دائماً ويقترب من البالغين حوله ويصافحهم، وتشير البحوث الحديثة إلى

أن هؤلاء الأطفال لديهم مهارات جيدة في المهمات التكيّفية التي تتطلب القدرة على حسن التعامل مع الآخرين وإتباع التعليمات والقواعد، وعلى العكس فأن مهاراتهم ضعيفة نسبياً في المهمات الشخصية كالاغتسال والنظافة، وكذلك في المهمات المنزلية ومهارات الحياة اليومية كالتعامل بالنقود.

والمهارات الاجتماعية والانفعالية هي الحركات التي يقوم بها الطفل للتعبير عن ارتباطه بالمجتمع من حوله، وذلك من خلال ارتباطه بالآخرين، اللعب الجماعي، والإحساس بوجوده وكينونته.

ومن علامات تأخر المهارات الاجتماعية والانفعالية لدى طفل متلازمة داون ما يأتي:-

1- عدم التفاعل مع الآخرين.

2- قلة الارتباط من خلال النظر.

3- قلة الاستجابة لمشاعر ومداعبة الوالدين.

4- عدم الابتسامة بعد سن (3) أشهر.

5- عدم القدرة على التقليد في عمر(18) شهراً

مرض التوحد:

يعود مصطلح التوحد (autism) الى اصل كلمة إغريقية تعني اوتوس وتعني النفس أو الذات. والتوحد مازال يكتنفه الغموض لأنه يحتاج الى البحث حتى يتوصل الباحثون الى علاج كاف لأطفال العالم من هذا الكابوس الغامض ويزيل عناء الأسر من المعاناة. وتعد اعاقة التوحد من أكثر الاعاقات العقلية صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها و قابليته للتعلم او التنشئة الاجتماعية أو الاعداد المهني او تحقيق أي قدر من القدرة على العمل او تحقيق درجة ولو بسيطة من الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي او القدرة على حماية الذات الا بدرجة محدودة، وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال أن الشخص الذي يحمل هذه الصفة غير قادر على أن يستوعب نفسه، وكذلك الناس الذين حوله فهو متوحد بخياله وغامض، ولا تعلم ماذا يدور في ذهنه ولا نفهم ولا نستطيع تفسير تصرفاته السلوكية غير المألوفة ، كما انه يقوم بأعمال تأملية، لكننا لا نعرف بالضبط فيما يتأمل، وقد تكون هذه تأملات وهمية، لان الطفل الذي يعاني من حالة التوحد تنقصه اللغة و اسلوب الاتصال، كما تنقصه اسلوب تفاعل مع الناس، اذ ان الاصابة باضطراب التوحد ليس لها علاقة باي خصائص ثقافية وعرقية او اجتماعية أو ينخل الأسرة ونمط المعيشة والمستوى التعليمي. وكان التوحد معدا ضمن حالات الاضطراب العقلي او الفصام أو الصم والبكم او غيرها.

و اول من اشارة الى الاعاقة هو الطبيب النفسي طائر حيث قدمة بحثة الشهير بعنوان autistic disturbances of affective contactحيث شد انتباهه انماط سلوكية غير عادية لاحد عشر طفلا كانوا مصنفين على انهم من ذوي التخلف العقلي، ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة، ولا تتشابه مع التخلف العقلي في صورته التقليدية، بل هي زملة اعراض اكلينكية مميزة لهؤلاء الأطفال، فاطلق عليها زملة كائر ،رغم أن كائر يعتبر من حدد زملة اعراض التوحد ، الا ان هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسميات عديدة ، فقد أستخدمها بلويلرز ١٩١١ في اشارته لزملة اوسع بكثير للميكانزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميون أو الأشخاص العاديون ، باعتبارها احدى السمات الأولية للفصام.

تعريف التوحد

هو اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدا في اثناء الطفولة المبكرة، وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الاخرين وهو مصطلح يستخدم لوصف اعاقة من اعاقات النمو تتميز بقصور في الادراك وتأخر النمو ونزعه انطوائية انسحابيه تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش منغلقا على النفس لا يكاد يحس بما حوله ومن محيطه به من افراد او احداث أوظواهر.

وهو اضطرابات عصبية يسبب اعاقة في طريقة استيعاب المخ للمعلومات وكيفية معالجتها مما يؤدي الى ضف او انعدام التواصل مع الافراد وصعوبة اكتساب المهارات .

عرف مجلس البحث الوطني الامريكي :- التوحد طيف من الاضطرابات المتنوعة في الشدة والاعراض والعمر عند الاصابة وعلاقتها بالاضطرابات الاخرى (الاعاقة العقلية – تاخر النطق – الصرع) .

خصائص واعراض التوحد

١- القصور الحسى .
٢- غياب مظاهر الإدراك والاستجابة للمثيرات .
٣- العزلة العاطفية والبرود الانفعالي وبالتالي غياب القدرات الاجتماعية
٤- الاندماج الطويل في تصرفات نمطية متكررة واهتمامات غريبة باشياء تافهة .
٥- نوبات غضب والعدوان على النفس والغير ، ضحك ،
٦- بكاء صراخ بدون سبب واضح
٧- قصور في السلوك التوافقي للطفل التوحيدي نسبة للطفل السوي المساوي له في العمر وغياب التقليد واللعب الابهامي والمشاركة مع الأقران في اللعب والأنشطة.
٨- التفكير المنكب على الذات
٩- قصور او توقف النمو اللغوي تعذر او غياب كلي للتواصل اللفظي وغير اللفظي تعبيرا وفهما وبالتالي غياب القدرة على التعلم والنمو المعرفي التردد الالي
١٠- رفض أي تغير في السلوك الروتيني ومقاومة التغيير في انماط الحياة اليومية.

حددت الجمعية الأمريكية للتوحد اربعة اعراض اساسية تظهر عند أطفال التوحد هي:

١- الاتصال: ويعني ضعف وبطء في تطور اللغة واستعمال كلمات ليس لها علاقة بالمعنى المراد توصيله اذ أن أهم ما يميز الطفل المصاب بالتوحد فقدانه الربط بين الرمز والمدلول، واحيانا يحاول استخدام ما يمتلكه من المعلومات في التواصل، فالطفل التوحدي يعاني عجزا في فهم الرموز المجردة ويعد هذا العجز شكلا من اشكال اضطراب اللغة المتمثل بعدم قدرة الفرد على فهم الرموز المنظمة للأشكال والارشادات والإشارات وبعض الكلمات المجردة مثل يعتقد ، يتمنى، شعر.. الخ.

٢- المهارات الاجتماعية: معظم وقت الطفل المصاب بالتوحد لا يقضيه مع الاخرين، وليس له ميل لإقامة علاقات صداقة مع الاخرين.

٣- السلوك: يميل بعض الاطفال التوحديين الى التصرفات العدوانية نحو ذاتهم أحيانا ويكونون عديمي الاحساس بالأشخاص المحيطين بهم

٤- الادراك الحسي: تتصف اجاباتهم للمثيرات الحسية بالبرودة أو الحساسية الفائقة التي لا تتناسب مع تفاهة المثيرات كما يكون حساسا اتجاه الاضواء الساطعة أو الأصوات العالية كما يوصفون بعدم القدرة على التركيز والتشتت

<u>من المسؤول عن تشخيص التوحد ؟</u>

يشترك في تقييم التوحد عدد من الاختصاصات

١- الناحية الطبية: عن طريق طبيب نفسي أو طبيب نفسي اطفال أو طبيب أطفال متخصص في النمو والتطورات طبيب اعصاب أطفال.

٢- تقييم القدرات العقلية : عن طريق الأخصائي النفسي

٣- تقييم الناحية اللغوية: عن طريق اخصائي التخاطب

<u>اسباب التوحد</u>

١. الأسباب النفسية:.

يرى مؤيدو العوامل الانفعالية ان الخبرات الأولى في حياة الطفل تؤثر على النمو المراحل التالية ، وان الفشل في اقامة علاقات مع الطفل قد يكون أحد الأسباب الفاعله الاضطرابات وبخاصة المشكلات الانفعالية التي تربط ارتباطا وثيقا بالعلاقة مابين الطفل ووالدية ، في المراحل الطفولة المبكرة ، مما يؤدى الى انسحاب الأطفال من البيئة الاجتماعية .

٢. الأسباب الوراثية

هناك دراسات تعتقد ان السبب التوحد هي اسباب وراثية مثل دراسة ريدورين حيث ذكر ان اسباب التوحد هي نقص دفاع المناعة لدى التوحديين اي ضعف المناعة لديهم ويرجع البعض من العلماء اضطراب التوحد الى ضعف في الكروموسوم اكس الهش هو عيب وراثي يؤثر في النسل من الذكور يكون مصحوبا بتأخر عقلي ويرى أن المسؤول عن حدوث هذا الخلل من الناحية العقلية ويؤدي الى مرض التوحد ويظهر ذلك في % 5الى % 16من حالات التوحد. وقد يفسر لنا ذلك انتشار التوحد لدى الذكور اكثر من الاناث

٣.الأسباب الجسمية

ان الادلة في الوقت الحاضر ترجع كفة الأسباب الفسيولوجية الجسدية والمسماة ايضا العضوية لتوحد الطفولة وما يتبعه من اضطرابات ففي دراسات عضوية على الجهاز العصبي ثبت وجود شذوذ في اجزاء مختلفة من المخ نفسه ، وقد دلت الفحوصات الطبية على وجود شذوذ في اجزاء مختلفة من المخ نفسه ، وقد دلت الفحوصات الطبية على وجود قصور نمائي مخيخي او تلف في المخيخ ذاته ، كما اثبتت الدراسات العديدة وجود تلف نسيج الدماغ بشكل شائع لدى الأشخاص التوحديين قيد الدراسة، كما لوحظ أن خلايا بركتي في المخيخ يقل عددها عند التوحديين عن المعدل الطبيعي لدى الإنسان العادي.

علاج التوحد

من المعالجات الأساسية المعتمدة في التأهيل النفسي والاجتماعي والتربوي والتعليمي التي تركز على النقاط والجوانب الاتية للأطفال المصابين بالتوحد ، تعديل السلوك وفق استراتيجيات تعليمية قائمة على مبدا التعزيز والمشاركة باستخدام جدول النشاط المصورة

١- علاج النطق وتحسين اللغة عن طريق تقوية عضلات جهاز النطق والتدريب على استخدام الكلمات والضمائر بشكلها الصحيح قواعديا التدريب على التواصل والتآزر البصري الحركي السمعي.

٢- لعلاج باللعب الفردي والجماعي فمن خلال اللاعب يمكن للطفل اكتساب مهارات وسلوكيات اجتماعية جديدة

٣- العلاج بالسيكودر اما كاحد اساليب العلاج التي تمنح الطفل فرصة من خلال تاديه الدور وعكس الدور أن يعبر عن انفعالاته ورغباته بشكل حر كما يتعرف على الأدوار المختلفة و وظيفة كل دور والتفريغ الانفعالي للطفل من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية و اللعب والتمثيل والغناء والموسيقى. وتدريب الطفل على المهارات السلوكية والحياتية اليومية كشراء بعض الحاجيات، عبور الشارع، الحذر من المخاطر، الى اخره مستعينين بجداول النشاط المصورة، تدريب الاطفال على المهارات الأكاديمية التي تسمح للبعض ممن لديهم قدرات ذهنية متوسطة او عالية في مواصلة حياتهم المستقبلية ويتطلب هذا العلاج تضافر جهود العاملين في مراكز التوحد.

٤- العلاج بالموسيقى جهاز الاشعة الصوتية الموسيقية واول من استعمله الدكتور)فليب اليس (من جامعة وارك في انكلترا وهو جهاز يعمل على الأشعة يصدر اصوات موسيقية عند كل حركة يقوم بها الطفل فالنظرية تقول أن الطفل تجذبه الأصوات الصادرة عن هذا الجهاز وتشجعه على التواصل هذا عدا امكانية ان يربط الطفل حركته مع الصوت الذي يصدره الجهاز ويتعلم من بعد ذلك ان كل ردة فعل ويبدا بعدها بالتواصل مع العلم أن الاستجابة للتوجهات والتي يمكن تطورها لاحقا حسب البرنامج الموضوع استعمال ميكروف ومكبرات صوت في دروس الموسيقي والغناء وذلك يدفع الطفل ويشجعه على لفظ الأحرف والكلمات وخاصة اذا استطعنا الحصول على جهاز تغير الاصوات والصدى

٥- العلاج بالرسم مع تطور علم النفس ، والاهتمام المتزايد لدى الناس بخصوص معرفة الكيفية التي يفكر بها الفرد ويشعر ، فقد أصبح واضحا ان الافراد الذين يعبرون عن انفسهم بأشكال فنية ، انما هم في الواقع يجسدون فيها ايضا مدركاتهم وردود افعالهم حول العالم المحيط بهم .وليس من الضروري أن يكون فنهم تصورا واقعيا للعالم، ولكنه بالأحرى التعبير عن استجاباتهم الذاتية الى تفاعلهم الشخصي مع الواقع المدرك من قبلهم ويمكن وضع هذا بمصطلحات سايكولوجية فنقول :ان الشخص ينشئ او ينظم بنشاط و عفوية مسائل مادية غير منظمة ، وانه بعمله يكشف عن اسس تركيبته النفسية:ولقد تم حديثا تصنيف وفهم الرسوم كا ساليب اسقاطية . وبطرق تعبيرية دقيقة للكشف عن

مشـاعر الفـرد وتركيبتـه الشخصـية وبهـذا أصـبحت هـذه الرسـوم اذاة متـوفرة لفهـم الخصـائص الشخص العادي (الطبيعي)يشبه الى حد ما العب التخيلي

دور الأسرة في برنامج العلاج .

•افضل من يفهم الطفل التوحدي هو والديه وعائلته

•افضل مورد لتعميم البرنامج العلاجي هي الاسرة

•ضرورة اشتراك الأخوة في البرنامج

•تعاون الأسرة مع المختص والمعلم

•تبادل المعلومات بين الأسرة والمعلم

•اشتراك الأسرة في بناء وتنفيذ البرنامج

المظاهر العامة للاطفال المصابين بالتوحد:

١- عدم القدرة على التعلق والانتماء الى الذات والاخرين والموقف
٢- تاخر في اكتساب الكلام.
٣- عدم استخدام الكلام من أجل التواصل .
٤- اعادة الكلام و ترديده.
٥- رغبة شديدة في المحافظة على الروتين.
٦- سلوك لعب نمطي.
٧- ضعف في التخيل .
٨- ذاكرة جيدة .
٩- مظهر جسماني طبيعي .

مفهوم تأهيل المعاقين

إن التأهيل بمعناه الشمولي يعني تطوير وتنمية قدرات الشخص المصاب لكي يكون مستقلا ومنتجة ومتكيفة. كما ويشمل مفهوم التاهيل مساعدة الشخص على تخطي الآثار السلبية التي تخلفها الإعاقة والعجز من آثار نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية. وقد أشار هاميلتون (1950)إلى أن التأهيل عملية تهدف إلى تقدير القدرات النافعة لدى الفرد المعوق وتنميتها وتوظيفها أو الاستفادة منها أما المغلوث)1999(فقد أوضح أن التأهيل هو عبارة عن مجموعة جهود التي تبذل خلال مدة محدودة نحو هدف محدد لتمكين الشخص وعائلته من التغلب على الآثار الناجمة

عن العجز واكتساب أو استعادة دوره في الحياة معتمدا على نفسه والوصول به إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسماني أو اجتماعي.

ويشير القريوتي (1995)إلى أن التأهيل يمثل مجموعة من الجهود والأنشطة والبرامج المنسقة والمنظمة والمتصلة التي تقدم للأفراد بقصد تدريبهم أو إعادة تدريبهم المساعلتهم على مواجهة مشكلاتهم الجسمية أو العقلية أو النفسية أو التعليمية.

وعرف الزعمط)في كتابه التأهيل المهني للمعوقين (1993التأهيل بأنه تلك العملية المنظمة المستمرة التي تهدف إلى إيصال الفرد المعوق إلى أعلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية ،أما الشناوي (1998)فقد عرف التأهيل بأنه العملية التي تتظافر فيها جهود فريق من المختصين في مجلات مختلفة لمساعدة الشخص المعوق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة من خلال تقدير طاقاته ومساعدته على تنميتها والاستفادة بها لأقصى ما يمكنه ، وإذا نظرنا إلى وجهة النظر التشريعية فقد جاء بتعريف منظمة الصحة العالمية بان التأهيل هو الإفادة من الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية من أجل تدريب واعادة ترتيب الأفراد لتحسين مستوياتهم الوظيفية.

ويشير الزعمط في كتابه التأهيل المهني للمعوقين (1995)إلى التأهيل الشامل فيقول بأنه عملية متبعة لاستخدام الأجراءات الطبية والاجتماعية والتأهيلية مجتمعة في مساعدة الشخص المعوق على استغلال وتحقيق أقصى مستوى ممكن من طاقاته وقدراته والاندماج في المجتمع

ويشير المغلوث)في كتابه رعاية وتأهيل المعاقين : (1999إنني أجد التعريف الذي حدده القانون المصري لتأهيل المعاقين 39(لسنة ١٩٧٥ م (يكاد يكون أكثر شمولا ولقة ووضوحا حيث عرف تأهيل المعاقين بأنه تقديم الخدمات الاجتماعية ، والنفسية ، والطبية والتعليمية ، والمهنية التي يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار التي ، تخلفت عن عجزه.

ومن خلال استعراضنا لما سبق من توضيح مفهوم التأهيل يمكننا أن نستنتج بأن التأهيل عبارة عن جهد مشترك بين مجموعة من الأختصاصات بهدف تدعيم وتوظيف قدرات الفرد ليكون قادرا متكيف مع الإعاقة ومتطلباتها إلى أعلى درجة ممكنة ، إذن فعملية التأهيل يجب أن تكون من فريق متعدد التخصصات يعملون لهدف واحد هو تاهيل المعاق

<u>الأجراءات التأهيلية</u>

أما الأجراءات التأهيلية التي تستهدف تحسين فعالية الفرد الوظيفية ونوعية حياته المعيشية فهي كما قال يوسف الزعمط في كتابه التأهيل المهني للمعوقين 2000م كما يلي:

- الرعاية الطبية والعلاج الطبي.
- الأجراءات العلاجية كالتي يقدمها أخصائيو العلاج الطبيعي وعيوب النطق والكلام وأخصائي علم النفس والعلاج المهني.
- التدريب على النشاطات المتعلقة بالعناية بالذات ومهارات المعيشة اليومية.
- تقديم الأجهزة الغنية والتقويمية المساعدة والأطراف الصناعية وهوما يسمى التاهيل الجسمي

أهداف التأهيل

تهدف عملية التأهيل إلى تحقيق مايلي:

١. توفير فرص العمل والتشغيل من خلال التدريب.

٢. دمج المعاقين في المجتمع وإكسابهم الثقة

٣. وضع القوانين التي تكفل من معاقين حق المساواة مع غيرهم من أقرانهم.

٤. تهيئة كافة الوسائل والأنشطة الرياضية والثقافية والترويحية.

٥. إتاحة فرص التعليم ومحو الأمية.

٦. العمل على تحسين القدرات الجسمية والوظيفية في الفرد المعوق والوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي.

٧ العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.

٨. العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة ومساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية ومساعدة الأسرة في الوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم المعوق ومساعدة الأسرة على أساليب رعاية وتدريب الطفل المعاق.

العوامل المساعدة على نجاح برامج التأهيل

إن نجاح برامج التأهيل وتطورها يعتمد على مايلي

١. التشريعات والقوانين والأنظمة.

٢. توفير الكوادر المهنية المتخصصة والمؤهلة.

٣. توفر البرامج التربوية والمهنية اللازمة.

٤. استعداد الأسرة والمجتمع ومدى تقبلهم

٥. مدى توفر الأجهزة والوسائل المساعدة من أجهزة تعويضية – ووسائل مساعدة – ولة خالية من الحواجز – ووسائل تعليمية خاصة – ومراكز التأهيل المجتمعي – توفي الكلفة الاقتصادية

مراحل وخطوات عملية التأهيل

تمر عملية التأهيل في مراحل متعاقبة ومتسلسلة وفقا لما يلي

أولا : مرحلة الإحالة والتشخيص الشامل للمعوق:

ويشير المغلوث في كتابه رعاية تأهيل المعاقين (1999أن هذا التشخيص له عز أهداف كما يلي

١. تشخيص الحالة ودراسة أسبابها.

٢. تحديد مدى العجز الذي يصيب الحالة ودرجته

٣. تحديد مدى تأثير الإعاقة على تكوين المعوق وشخصيته.

٤. تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته ، وإمكانيات المعوق واستعداداته ،

ومدى توفر الخدمات لرعايته.

٥. تقدير الاحتياجات المباشرة للمعوق وأسرته سواء كانت حاجات طبية أو تعليمية أو إجتماعية أو نفسية أو مهنية.

٦. وضع خطة الرعاية والمقترحات المتعلقة بذلك.

<u>وهذه العمليات التقييمية والتشخيصية تشمل كلا من</u>

١. التقييم الطبي والصحي العام الحالة المعوق.

٢. ,التقييم النفسي للمعوق من تحديد المستوى الذكاء واستعداداته العقلية ودراسة ميوله وقدراته المهنية ووضع تقريرا بالنصائح والإرشادات

٣. التقييم الاجتماعي للمعوق لمعرفة اتجاهات الأسرة نحو المعوق واستعداداتهم في رعايته ولمعرفة الإمكانات المادية والاقتصادية للأسر والدراسة حالة المعوق من ناحية الاعتماد على النفس.

٤. التقييم التعليمي للمعوق ومدى استعداد المعوق للتعلم.

٥. التقييم المهني للمعوق لمحاولة تقدير قدرات الفرد ومهاراته البدنية والعقلية وسلوك شخصيته في محاولة لتحديد إمكانيات عمله في الحاضر والمستقبل.

ثانيا : مرحلة التخطيط لبرنامج التأهيل:

تعتبر هذه المرحلة مهمة جدا في عملية التأهيل حيث يتم فيها وضع الحلول والخطط اللازمة لمواجهة الآثار المترتبة على الإعاقة وتلبية الاحتياجات التأهيلية الخاصة للفردالمعوق.

وخطة التأهيل يجب أن تكون خطة فردية بالنسبة للمعوق وأن تكون مشتركة يشترك فيها كافة أعضاء فريق التأهيل.

ثالثا. المتابعة والرعاية اللاحقة للمعوق:

وتهدف هذه العملية إلى ما يلي

١. التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية.

٢. تجنب المعاقين أية انتكاسة في البرنامج التأهيلي.

٣. وسيلة هامة لاستقرار بعض المعاقين في حياتهم الجديدة.

ومن هذا العرض السريع الخطوات التأهيل يتضح لنا أن عملية التأهيل عملية فنية متخصصة يشترك فيها فريق التأهيل كل على حسب تخصصه ، كما يتضح لنا أنها عملية مستمرة تبدأ مع الفرد منذ انتهاء المرحلة العلاجية حتى عودته ل لمجتمع مرة أخرى.

كما يتضح لنا أنها عملية تتطلب وقتا ليس بالقصير لإتمامها لذال فهي = شاقة ب صبرا وتحملا وعدم الاستعجال وهذا ما يحتم ضرورة وجود المتابعة لحالة المعوق.

فريق التأهيل

يمثل فريق التأهيل الذي يعمل مع المعوق الشريان الأساسي بالنسبة لأي برنامج ليصهم ويقدم له ، فالجميع يعمل لخدمة هذا المعوق كل وفق تخصصه وطبيعة عمله ، ويتكون فريق التأهيل من مجوعة من الأفراد الذين يمثلون مجموعة الاختصاصات التي تحتاجها الحاجة يشير الشناوي في كتابه)تأهيل المعاقين وإرشادهم)إلى أن هناك أعضاء أساسيين في فريق التأهيل وأن هناك أعضاء مؤقتين حسب الحاجة . أما الأعضاء الأساسيون للفريق

فيتكونون من الاتي :

١. الطبيب : وهو المسؤول عن تحديد الوضع الصحي والمرضي ل لمعوق وتقديم الإرشادات الصحية واقتراح الحلول العلاجية.

٢. الأخصائي الاجتماعي: وهو شخص مؤهل في الخدمة الاجتماعية مسؤوليته أجزاء الدراسة التقويمية الإجتماعية للفرد المعوق وأسرته كما يقوم بتقديم النصح والإرشاد اللمعوق وأسرته للتغلب على الصعوبات التي تواجههم من حدة الضغوط وغيرها .

٣. الأخصائي النفسي: ويقوم بأجراء الدراسات التقييمية النفسية وتطبيق الأختبارات المناسبة على الفرد المعوق كما يعمل الأخصائي النفسي على إعداد الشخص المعوق وأسرته للمشاركة الفعلية في عملية التأهيل ومواجة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة

٤. مرشد التأهيل : يكون مرشد التأهيل مسؤولا عن أجراء الدراسة التقييمية المينية ومات الفرد المعوق على الاختيار المهني ومساعدته على اكتشاف ميوله واستعداداته كما ت مسؤول عن متابعة تنفيذ خطة التأهيل وتقييمها كما يقوم أيضا بدراسة الحاجات المعهد |المتوفرة في المجتمع المحلي وإرشاد المعوق إلى إيجاد عمل مناسب.

٥-. أخصائي التربية الخاصة : وهو المسؤول عن أجراء الدراسة التقييمية والتعليمية وته الاحتياجات التربوية الخاصة . ووضع الخطة التربوية المناسبة وتحديد برنامج الغزو |المناسب ومتابعة المعوق خلال تطبيق البرنامج التربوي .

ومن بين الأعضاء المؤقتين لفريق التأهيل نذكر على سبيل المثال:

١. أخصائي العلاج الطبيعي: وهو مسؤول عن العمل على تحسين وظائف العظام والعضلات وتحسين حركة المفاصل والتازر الحركي والعمل على تدريب المعوق على استخدام الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية.

٢. أخصائي العلاج الوظيفي : ويعمل على تدريب الفرد المعوق على الاستفادة والاستغلال الأمثل لقدراته وإمكاناته المتبقية مثل تعويده على أنشطة الحياة اليومية وأنشطة العناية الذاتية وأنشطة الحركات الدقيقة وأنشطة الحركات الكبيرة والتآزر الحركي البصري

٣. أخصائي قياس وتشخيص السمع: وتنحصر مهمته في تطبيق الأختبارات السمعية وتحديد درجة الفقدان السمعي وطبيعة المعينات السمعية المناسبة.

٤. أخصائي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية: وتنحصر مهمته في تقييم وتحديد الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية للفرد المصاب.

٥. أخصائي علاج النطق والكلام.

٦. أطباء واستشاريون في طب الأعصاب والعظام والأنف والأذن والحنجرة والعيون والطب النفسي حسب الحالة.

٧. ممرض التأهيل يهتم ممرض التأهيل بالرعاية الشخصية المباشرة ل لمعوق.

<u>تأهيل الفرد المعوق</u>

تتركز خطة التأهيل الفردية للمعوق على مجالات مختلفة من البرامج التأهيلية ، وإن اختيار البرنامج المناسب يعتمد بشكل أساسي على الاحتياجات التأهيلية للفرد المعاق وعلى قدراته

وإمكاناتــه وميولــه واســتعداداته وان وضــع خطــة التأهيــل يجــب أن تتركــز علــى الفــرد المعــوق وعلــى البيئة التي يعيش فيها ، ويمكن تحديد برامج وانشطة التأهيل بالتالي

التاهيــل الطبــي: إن التأهيــل الطبــي هــو جــزء مــن عمليــة التأهيــل الشــاملة المســتمرة وهــو اركانهــا الأساسية وتبرز أهميته من حيث انه يشكل الأساس لعملية التأهيل حيث أنه بإمكان

التشــخيص المبكــر والرعايــة الصــحية والطبيــة لأي حالــة إضــطراب جســدي أو عقلــي لــدى الفــي أن يحــد من شدتها وتفاقمها أو إزالتها ما امكن إذا ما اكتشفت في وقت مبكر.

فالتأهيــل الطبــي: إذن هــو إعــادة الشــخص المعــوق إلــى أعلــى مســتوى وظيفــي ممكــن مــن الناحيــة الجسدية والعقلية عن طريق إستخدام المهارات الطبية.

ويهــدف التأهيــل الطبــي إلــى تحســين او تعــديل الحالــة الجســمية أو العقليــة للمعــوق بشــكل يمكنــه مــن إستعادة قدراته على العمل والقيام بما يلزمه من نشاطات الرعاية الذاتية في الحياة

العامة بما يهدف إلى العمل على الوقاية من تكرار حصول حالة العجز

<u>خدمات ووسائل التأهيل الطبي</u>

١- الأدوية والعقاقير الطبية.

٢- العمليات الجراحية.

٣- العلاج الطبيعي.

٤- العلاج المهني.

٥- الإرشاد الطبي.

٦- الأجهزة الطبية التعويضية والوسائل المساعدة.

٢. التأهيــل النفســي: تلعــب الظــروف النفســية للفــرد المعــوق وأســرته دورا بــارزا وحيويــا فــي تحويــل حالــة العجــز إلــى حالــة تقبــل وتكيــف ولا بــد مــن التــذكير مــن أن الآثــار النفســية التــي تتركهــا حالــة العجــز علــى حيــاة الفــرد وعلــى حيــاة أفــراد أســرته غالبــا مــا تكــون مــن الدرجــة العميقــة التــي تحتــاج إلــى جهــد أكبــر للتخفيــف منهــا. يقــول الشــناوي مــن كتابــه)تأهيــل المعــاقين وإرشــادهم)إن مــن اهــم مظــاهر الضــغوط النفسـية التـي يتعـرض لهـا أفـراد الأسـرة هـي الشـعور بالخجـل أو الدونيـة أو الـذنب أو إنكـار الإعاقـة أو الحمــاة الزائــدة المشــاركة فــي مظاهرهــا أو رفــض الطفــل المعــاق واخفائــه عــن الأنظــار أو الانعــزال عــن الحياة الاجتماعية وعلم

<u>أهداف التأهيل النفسي: يهدف التأهيل للمعوقين إلى ما يلي</u>

١. مســاعدة الشــخص المعــوق علــى فهــم وتقــدير خصائصــه النفســية ومعرفــة أمكاناتــه الجســمية والعقليــة والوصــول إلــى أقصــى درجــة مــن التوافــق الشخصــي وتطــوير إتجاهــات إيجابيــة ســليمة نحــو الــذات ومســاعدته علــى التوافــق الاجتمــاعي والمهنــي وذلــك مــن خــلال مســاعدته فــي تكــوين علاقــات إجتماعيــة ناجحــة مــع الآخــرين والخــروج مــن العزلــة الاجتماعيــة والانــدماج فــي الحيــاة العامــة، ومساعدته على الاختيار المهني السليم.

٢. العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي تخلفها الإعاقة ،

٣. تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه المعوق وضبط عواطفه وانفعالته

٤. تدريب المعوق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وإدراكه لإمكاناته وكيفية استغلالها؟

٥- مساعدة الأسرة على فهم وتقبل حالة الإعاقة.

٦. تدريب الأسرة على اساليب رعاية وتدريب الطفل.

وسائل وأساليب وخدمات التأهيل النفسي

١. خدمات الإرشاد النفسي للمعوق.

٢. الإرشاد الأسري والتعلم المنزلي

٣. خدمات تعديل السلوك.

٤. خدمات الإرشاد والتوجيه المهني.

٥. خدمات العلاج النفسي

٣. التأهيل الاجتماعي: إن دمج الفرد المعوق في الحياة العامة للمجتمع تعتبر الهدف النهائي العملية التأهيل كما يهدف التأهيل الاجتماعي إلى مساعدة الشخص المعوق على التكيف الإجتماعي ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع. ومن هنا يمكن تعريف التأهيل الاجتماعي على أنه العمل على تكييف المعاق في المجتمع الذي يعيش فيه من خلال بعض المناشط نحو الفرد والمجتمع

أهداف التأهيل الاجتماعي

١- تطوير مهارات السلوك الاجتماعية التكيفي عند الفرد المعاق. ٢- العمل على تعديل إتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق وتوفر مساعدات ووسائل الدعم المناسب لها لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له. ٣- دعم وتشجيع العمل الاجتماعي التطوعي وتأسيس جمعيات المعاقين

٤- توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة المعاق.

٥- العمل على توفير الخدمات الاجتماعية من مؤسسات التربية الخاصة ورعاية وتأهيل المعاقين والمستشفيات والمدارس العادية ومكاتب التنمية الاجتماعية

أساليب التأهيل الاجتماعي

يذكر المغلوث في كتابه تأهيل المعاقين ٩ ٩ ١٩ أن أساليب الرعاية والتأهيل الاجتماعي للمعوقين تختلف حسب نوع ودرجة الإعاقة وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية أن هذه الأساليب على النحو التالي

١- أسلوب الرعاية المنزلية.

٢- أسلوب الرعاية النهارية.

٣- أسلوب الرعاية الإيوائية.

- أسلوب الرعاية اللاحقة.

٤. التأهيل الأكاديمين - التربية الخاصة: إن عملية التأهيل التربوي ويغض النظر عن المكان التربوي الذي تطبق فيه تهدف إلى تزويد الطفل المعوق بالمعلومات والمهارات

الضرورية التي تلبي احتياجاته التربوية الخاصة.

خدمات التربية الخاصة

١. خدمات المدرسة النهارية : والتي لابد أن تقدم المواد والأجهزة الخاصة في التربية الخاصة وكذلك مستشارون في التربية الخاصة وكذلك غرف مساندة وصفوف خاصة و مدارس خاصة

٢. خدمات الإقامة الداخلية : والتي لأبد أن تقدم خدماتها في بيوت ضيافة متعددة

٣. الخدمات البيتية التي إما أن تقدم لتدريب الوالدين أو للأطفال الذين لايمكن نقلهم من البيت إلى مكان آخر وهناك برامج وخدمات تأهيلية تربوية تغطي جميع فئات الأطفال المعاقين والموهوبين كذلك وتجدر الإشارة إلى أن البرامج التربوية المقدمة لكل فئة من الأغراض أو في مدارس خاصة لإقامة داخلية أو في معاهد. هذه الفئات تختلف عن الفئات الأخرى.

٥.التأهيل المهني

يشير المغلوث)في كتابه رعاية تأهيل المعاقين (1999إلى أن التأهيل المهني يعني جعل المعوق يسترد أقصى ما يملك من قدرات بدنية وذهنية واجتماعية ومهنية واقتصادية .)ولقد عرف نظام العمل في المملكة العربية السعودية في عام 1389التأهيل المهني في المادة ٥٢ بأنه الخدمات التي تقدم للعاجز لتمكينه من الاستفادة من قدراته المتبقية على مباشرة

عم له الأصلي أو أي عمل آخر مناسب للحالة.

ويهدف التأهيل المهني إلى إعادة الاستخدام بصورة مرضية في عمل مناسب وهذه هي الذروة التي يتوخى الوصول إليها في عملية تختلف مراحلها باختلاف الأفراد أنفسهم.

خدمات التأهيل المهني

ويمكن تصنيف هذه الخدمات في ما يلي:

١. التقييم : وهو الوصول لما تبقى لدى الشخص من قدرات.

٢. التوجيه : وهو نصح الشخص المعوق في ضوء متاح من التدريب المهني والاستخدام. ٣. الإعداد للعمل والتدريب المهني : وهو القيام بما قد يلزم الشخص المعوق من إعادة اللياقة للعمل أو تقويته وتدريبه مهنية .

٤. التشغيل : وهو مساعدة الشخص المعوق على الحصول على عمل مناسب ٦. المتابعة : وهي متابعة حالة الشخص المعوق إلى أن تتحقق إعادة التشغيل.

٥. العمل المحمي : وهو توفير عمل يؤديه في ظل ترتيبات خاصة.

ومن هنا تتبين خطوات عملية التأهيل المهني وهي كالتالي

الإحالة – برنامج التأهيل الفردي التقييم المهني – التدريب المهني – التشغيل المتابعة.)

مبادئ بناء البرامج التأهيلية

وقد وضع صادق (1988)أهم مبادئ بناء البرامج التأهيلية في الوصايا العشر التالية

١. حق المعاق في الخدمات الخاصة حق مستمر.

٢. دمج المعاقين في خطة التنمية الشاملة للمجتمع.

٣. الأخذ بالنظم متعددة التخصصات والخدمات.

٤. توفير البدائل عند اختيار برنامج للطفل المعوق كفاءة – مرونة تنوع.)

٥. تكامل التشخيص في وقت مبكر.

٦. رسم البرنامج يكون فرديا (كل حالة فريدة في نوعها.(
٧. جماعية القرار الهام للطفل.
٨. ضرورة تعليم وتدريب الوالدين والأسرة.
٩. الدفاع الاجتماعي عن المعاق ومساعدته كمواطن)تسهيل عملية نموه وتفاعله وتح وتعديل الاتجاهات نحوه.(
١٠. التخطيط للوقاية من الإعاقة كجزء من البرنامج القومي لرعاية المعاقين.

برنامج رعاية المعاقين :

١- البرامج الوقائية : ويقصد بها مجموعة من البرامج التي تهدف إلى وقاية الإنسان من الإصابة بالعاهة أو المرض والحد من نسبة المعاقين والمرضى.
- البرامج العلاجية: ويقصد بها البرامج التي تساعد الفرد الذي أصيب بإعاقة ما مواجهة مشكلته ، ويمكن أن تعرض هذه البرامج في الخدمات الآتية على
أ- العلاج بالعمل.
ب- العلاج الطبي.
ج- العلاج الطبيعي.
د- الأجهزة التعويضية.
هـ - التدريب المهني.
و العلاج النفسي.
ز- الخدمات الاجتماعية.
ح- الخدمات التعليمية
- الخدمات الترفيهية
٣- البرامج الإنمائية : ويقصد بها البرامج التي تهدف إلى تنمية شخصية المعاق ، وزيادة أدائه الاجتماعي ، ودعم السلوك الاجتماعي له.

دور الاخصائي الاجتماعي التأهيلي مع الجماعات

١. نقطة البداية في عمله هو التعرف على الجماعة والاندماج المهني معها والتفاعل معها.
٢. العمل على كسب ثقة أعضاء الجماعة عن طريق ممارسته للعلاقات الإنسانية.
٣. التعرف على الاحتياجات الحقيقية للجماعة وتحديد أولوياتها بناء على أهميتها بالتنسية الظروف واحتياجات أعضاء الجماعة.

وهذه الهياكل أنواع ثلاثة

الأتحادات الرياضية الدولية.
اللجان الرياضية الدولية.
اللجان الأولمبية الموازية الوطنية او الأتحادات الوطنية
٢. الأتحادات الرياضية الدولية
هي خمس اتحادات تعرف انطلاقا من نوع الإعاقة، وتمثل الفئات الخمس للمعوقين

المشاركين في الألعاب الأولمبية الموازية. وهم

١. ذوو القصور البصري وغير المبصرين: الجامعة الدولية لرياضات المكفوفين (IBSA)

٢. المعوقـون ذهنيـا: الجمعيـة الدوليـة ل لرياضـات الخاصـة بـالمعوقون ذهنيـا .3)INAS–FID(

ذوو الشلل الدماغي: الجمعية الدولية الرياضة وترفيه الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي (CP–ISRA)

٤. ذو الشلل السفلي والشلل الرباعي ومن شابههم: الاتحاد الدولي للرياضة عى الكراسي المتحركة بستوكماندفيل .)ISMWSF(

٥. المينورون واعاقات حركية أخرى: المنظمة الدولية للرياضات الخاصة بالمعاقين (ISOD) –

ملحوظـة: الرياضـيون الصـم منضـوون تحـت رعايـة اللجنـة الدوليـة للرياضـات الخاصـة بـالص CISS) (التي لا تشرف عليها اللجنة الدولية الأولمبية الموازية .(IPC)

٣. اللجان الرياضية الدولية

هـي هياكـل دوليـة تنتسـب كـل واحـدة منهـا الـى رياضـة اولمبيـة موازيـة سـعيدة والرياضـات الأولمبيـة الموازيـة الـثلاث والعشـرون تقابلهـا ٢٣ لجنـة تضـطلع بتنظـيم المنافسـت اختصاصـاتها المعنيـة علـى الصعيد الدولي واصدار القوانين بمختلف أنواع الإعاقات

٤. اللجان الأولمبية الموازية الوطنية

انهـا تقابـل الأتحـادات الوطنيـة للـدول الأعضـاء فـي اللجنـة الدولـة الأولمبيـة الموازيـة (IPC)ويبلـغ عـددها حاليـا ١٦٠ منخرطـا وللبلـدان الأعضـاء حـق التصـويت الكامـل فـي الجمعيـة العامـة كمـا أن مـن حقها المشاركة في جميع التظاهرات الدولية التي تنظمها اللجنة

فريق التأهيل

يمثـل فريـق التأهيـل الـذي يعمـل مـع المعـوق الشـريان الأساسـي بالنسـبة لأي برنـامج ليصـهم ويقـدم لـه ، فالجميع يعمل لخدمة هذا المعوق كل وفق تخصصه وطبيعة عمله ، ويتكون فريق

التأهيـل مـن مجوعـة مـن الأفـراد الـذين يمثلـون مجموعـة الاختصاصـات التـي تحتاجهـا الحاجـة يشـير الشـناوي فـي كتابـه)تأهيـل المعـاقين وإرشـادهم)إلـى أن هنـاك أعضـاء أساسـيين فـي فريـق التأهيـل وأن هناك أعضاء مؤقتين حسب الحاجة . أما الأعضاء الأساسيون للفريق

فيتكونون من الاتي :

١. الطبيـب : وهـو المسـؤول عـن تحديـد الوضـع الصـحي والمرضـي ل لمعـوق وتقـديم الإرشـادات الصحية واقتراح الحلول العلاجية.

٢. الأخصـائي الاجتمـاعي: وهـو شـخص مؤهـل فـي الخدمـة الاجتماعيـة مسـؤوليته أجـزاء الدراسـة التقويميـة الإجتماعيـة للقـرد المعـوق وأسـرته كمـا يقـوم بتقـديم النصـح والإرشـاد اللمعـوق وأسـرته للتغلب على الصعوبات التي تواجههم من حدة الضغوط وغيرها .

٣. الأخصائي النفسي: ويقوم بأجراء الدراسات التقييمية النفسية وتطبيق الأختبارات

المناسـبة علـى الفـرد المعـوق كمـا يعمـل الأخصـائي النفسـي علـى إعـداد الشـخص المعـوق وأسـرته للمشاركة الفعلية في عملية التأهيل ومواجة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة

٤. مرشد التأهيل : يكون مرشد التأهيل مسؤولا عن أجراء الدراسة التقييمية المينية ومات الفرد المعوق على الاختيار المهني ومساعدته على اكتشاف ميوله واستعداداته كما ت مسؤول عن متابعة تنفيذ خطة التأهيل وتقييمها كما يقوم أيضا بدراسة الحاجات المعهد |المتوفرة في المجتمع المحلي وإرشاد المعوق إلى إيجاد عمل مناسب.

٥-. أخصائي التربية الخاصة : وهو المسؤول عن أجراء الدراسة التقييمية والتعليمية وته الاحتياجات التربوية الخاصة . ووضع الخطة التربوية المناسبة وتحديد برنامج الغزو |المناسب ومتابعة المعوق خلال تطبيق البرنامج التربوي .

ومن بين الأعضاء المؤقتين لفريق التأهيل نذكر على سبيل المثال:

١. أخصائي العلاج الطبيعي: وهو مسؤول عن العمل على تحسين وظائف العظام والعضلات وتحسين حركة المفاصل والتازر الحركي والعمل على تدريب المعوق على استخدام الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية.

٢. أخصائي العلاج الوظيفي : ويعمل على تدريب الفرد المعوق على الاستفادة والاستغلال الأمثل لقدراته وإمكاناته المتبقية مثل تعويده على أنشطة الحياة اليومية وأنشطة العناية الذاتية وأنشطة الحركات الدقيقة وأنشطة الحركات الكبيرة والتآزر الحركي البصري

٣. أخصائي قياس وتشخيص السمع: وتنحصر مهمته في تطبيق الأختبارات السمعية وتحديد درجة الفقدان السمعي وطبيعة المعينات السمعية المناسبة.

٤. أخصائي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية: وتنحصر مهمته في تقييم وتحديد الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية للفرد المصاب.

٥. أخصائي علاج النطق والكلام.

٦. أطباء واستشاريون في طب الأعصاب والعظام والأنف والأذن والحنجرة والعيون والطب النفسي حسب الحالة.

٧. ممرض التأهيل يهتم ممرض التأهيل بالرعاية الشخصية المباشرة ل لمعوق.

<u>تأهيل الفرد المعوق</u>

تتركز خطة التأهيل الفردية للمعوق على مجالات مختلفة من البرامج التأهيلية ، وإن اختيار البرنامج المناسب يعتمد بشكل أساسي على الاحتياجات التأهيلية للفرد المعاق وعلى قدراته وإمكاناته وميوله واستعداداته وان وضع خطة التأهيل يجب أن تتركز على الفرد المعوق وعلى البيئة التي يعيش فيها ، ويمكن تحديد برامج وانشطة التأهيل بالتالي

التاهيل الطبي: إن التأهيل الطبي هو جزء من عملية التأهيل الشاملة المستمرة وهو اركانها الأساسية وتبرز أهميته من حيث انه يشكل الأساس لعملية التأهيل حيث أنه بإمكان التشخيص المبكر والرعاية الصحية والطبية لأي حالة إضطراب جسدي أو عقلي لدى الفي أن يحد من شدتها وتفاقمها أو إزالتها ما امكن إذا ما اكتشفت في وقت مبكر.

فالتأهيل الطبي: إذن هو إعادة الشخص المعوق إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسدية والعقلية عن طريق إستخدام المهارات الطبية.

ويهدف التأهيل الطبي إلى تحسين او تعديل الحالة الجسمية أو العقلية للمعوق بشكل يمكنه من إستعادة قدراته على العمل والقيام بما يلزمه من نشاطات الرعاية الذاتية في الحياة العامة بما يهدف إلى العمل على الوقاية من تكرار حصول حالة العجز

<u>خدمات ووسائل التأهيل الطبي</u>

١- الأدوية والعقاقير الطبية.

٢- العمليات الجراحية.

٣- العلاج الطبيعي.

٤- العلاج المهني.

٥- الإرشاد الطبي.

٦- الأجهزة الطبية التعويضية والوسائل المساعدة.

٢. التأهيل النفسي: تلعب الظروف النفسية للفرد المعوق وأسرته دورا بارزا وحيويا في تحويل حالة العجز إلى حالة تقبل وتكيف ولا بد من التذكير من أن الآثار النفسية التي تتركها حالة العجز على حياة الفرد وعلى حياة أفراد أسرته غالبا ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج إلى جهد أكبر للتخفيف منها. يقول الشناوي من كتابه)تأهيل المعاقين وإرشادهم)إن من اهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخجل أو الدونية أو الذنب أو إنكار الإعاقة أو الحماة الزائدة المشاركة في مظاهرها أو رفض الطفل المعاق واخفائه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعلم

<u>أهداف التأهيل النفسي: يهدف التأهيل للمعوقين إلى ما يلي</u>

١. مساعدة الشخص المعوق على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة أمكاناته الجسمية والعقلية والوصول إلى أقصى درجة من التوافق الشخصي وتطوير إتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات ومساعدته على التوافق الاجتماعي والمهني وذلك من خلال مساعدته في تكوين علاقات إجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة، ومساعدته على الاختيار المهني السليم.

٢. العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي تخلفها الإعاقة ،

٣. تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه المعوق وضبط عواطفه وانفعالته

٤. تدريب المعوق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وإدراكه لإمكاناته وكيفية استغلالها؟

٥- مساعدة الأسرة على فهم وتقبل حالة الإعاقة.

٦. تدريب الأسرة على اساليب رعاية وتدريب الطفل.

<u>وسائل وأساليب وخدمات التأهيل النفسي</u>

١. خدمات الإرشاد النفسي للمعوق.

٢. الإرشاد الأسري والتعلم المنزلي

٣. خدمات تعديل السلوك.

٤. خدمات الإرشاد والتوجيه المهني.

٥. خدمات العلاج النفسي

٣. التأهيل الاجتماعي: إن دمج الفرد المعوق في الحياة العامة للمجتمع تعتبر الهدف النهائي العملية التأهيل كما يهدف التأهيل الاجتماعي إلى مساعدة الشخص المعوق على التكيف الإجتماعي ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع. ومن هنا يمكن تعريف التأهيل الاجتماعي على أنه العمل على تكييف المعاق في المجتمع الذي يعيش فيه من خلال بعض المناشط نحو الفرد والمجتمع

<u>أهداف التأهيل الاجتماعي</u>

١- تطوير مهارات السلوك الاجتماعية التكيفي عند الفرد المعاق. ٢- العمل على تعديل إتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق وتوفر مساعدات ووسائل الدعم المناسب لها لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له. ٣- دعم وتشجيع العمل الاجتماعي التطوعي وتأسيس جمعيات المعاقين

٤- توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة المعاق.

٥- العمل على توفير الخدمات الاجتماعية من مؤسسات التربية الخاصة ورعاية وتأهيل المعاقين والمستشفيات والمدارس العادية ومكاتب التنمية الاجتماعية

<u>أساليب التأهيل الاجتماعي</u>

يذكر المغلوث في كتابه تأهيل المعاقين ١٩٩٩ أن أساليب الرعاية والتأهيل الاجتماعي للمعوقين تختلف حسب نوع ودرجة الإعاقة وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية أن هذه الأساليب على النحو التالي

١- أسلوب الرعاية المنزلية.

٢- أسلوب الرعاية النهارية.

٣- أسلوب الرعاية الإيوائية.

- أسلوب الرعاية اللاحقة.

٤. التأهيل الأكاديمين - التربية الخاصة: إن عملية التأهيل التربوي ويغض النظر عن المكان التربوي الذي تطبق فيه تهدف إلى تزويد الطفل المعوق بالمعلومات والمهارات الضرورية التي تلبي احتياجاته التربوية الخاصة.

<u>خدمات التربية الخاصة</u>

١. خدمات المدرسة النهارية : والتي لابد أن تقدم المواد والأجهزة الخاصة في التربية الخاصة وكذلك مستشارون في التربية الخاصة وكذلك غرف مساندة وصفوف خاصة و مدارس خاصة

٢. خدمات الإقامة الداخلية : والتي لأبد أن تقدم خدماتها في بيوت ضيافة متعددة

٣. الخدمات البيتية التي إما أن تقدم لتدريب الوالدين أو للأطفال الذين لايمكن نقلهم من البيت إلى مكان آخر وهناك برامج وخدمات تأهيلية تربوية تغطي جميع فئات الأطفال المعاقين والموهوبين

كذلك وتجدر الإشارة إلى أن البرامج التربوية المقدمة لكل فئة من الأغراض أو في مدارس خاصة لإقامة داخلية أو في معاهد. هذه الفئات تختلف عن الفئات الأخرى.

٥.التأهيل المهني

يشير المغلوث)في كتابه رعاية تأهيل المعاقين (1999إلى أن التأهيل المهني يعني جعل المعوق يسترد أقصى ما يملك من قدرات بدنية وذهنية واجتماعية ومهنية واقتصادية .)ولقد عرف نظام العمل في المملكة العربية السعودية في عام 1389التأهيل المهني في المادة ٥٢ بأنه الخدمات التي تقدم للعاجز لتمكينه من الاستفادة من قدراته المتبقية على مباشرة
عم له الأصلي أو أي عمل آخر مناسب للحالة.
ويهدف التأهيل المهني إلى إعادة الاستخدام بصورة مرضية في عمل مناسب وهذه هي
الذروة التي يتوخى الوصول إليها في عملية تختلف مراحلها باختلاف الأفراد أنفسهم.

<u>خدمات التأهيل المهني</u>

ويمكن تصنيف هذه الخدمات في ما يلي:
١. التقييم : وهو الوصول لما تبقى لدى الشخص من قدرات.
٢. التوجيه : وهو نصح الشخص المعوق في ضوء متاح من التدريب المهني والاستخدام. ٣. الإعداد للعمل والتدريب المهني : وهو القيام بما قد يلزم الشخص المعوق من إعادة
اللياقة للعمل أو تقويته وتدريبه مهنية .
٤. التشغيل : وهو مساعدة الشخص المعوق على الحصول على عمل مناسب ٦. المتابعة : وهي متابعة حالة الشخص المعوق إلى أن تتحقق إعادة التشغيل.
٥. العمل المحمي : وهو توفير عمل يؤديه في ظل ترتيبات خاصة.
ومن هنا تتبين خطوات عملية التأهيل المهني وهي كالتالي
الإحالة – برنامج التأهيل الفردي التقييم المهني – التدريب المهني – التشغيل المتابعة.)

<u>مبادئ بناء البرامج التأهيلية</u>

وقد وضع صادق (1988)أهم مبادئ بناء البرامج التأهيلية في الوصايا العشر التالية
١. حق المعاق في الخدمات الخاصة حق مستمر.
٢. دمج المعاقين في خطة التنمية الشاملة للمجتمع.
٣. الأخذ بالنظم متعددة التخصصات والخدمات.
٤. توفير البدائل عند اختيار برنامج للطفل المعوق كفاءة – مرونة تنوع.)
٥. تكامل التشخيص في وقت مبكر.
٦. رسم البرنامج يكون فرديا (كل حالة فريدة في نوعها.(
٧. جماعية القرار الهام للطفل.
٨. ضرورة تعليم وتدريب الوالدين والأسرة.
٩. الدفاع الاجتماعي عن المعاق ومساعدته كمواطن)تسهيل عملية نموه وتفاعله وتح وتعديل الاتجاهات نحوه.(
١٠. التخطيط للوقاية من الإعاقة كجزء من البرنامج القومي لرعاية المعاقين.

برنامج رعاية المعاقين :

١- البرامج الوقائية : ويقصد بها مجموعة من البرامج التي تهدف إلى وقاية الإنسان من الإصابة بالعاهة أو المرض والحد من نسبة المعاقين والمرضى.

- البرامج العلاجية: ويقصد بها البرامج التي تساعد الفرد الذي أصيب بإعاقة ما مواجهة مشكلته ، ويمكن أن تعرض هذه البرامج في الخدمات الآتية على

أ- العلاج بالعمل.

ب- العلاج الطبي.

ج- العلاج الطبيعي.

د- الأجهزة التعويضية.

هـ - التدريب المهني.

و العلاج النفسي.

ز- الخدمات الاجتماعية.

ح- الخدمات التعليمية

- الخدمات الترفيهية

٣- البرامج الإنمائية : ويقصد بها البرامج التي تهدف إلى تنمية شخصية المعاق ، وزيادة أدائه الاجتماعي ، ودعم السلوك الاجتماعي له.

دور الاخصائي الاجتماعي التأهيلي مع الجماعات

١. نقطة البداية في عمله هو التعرف على الجماعة والاندماج المهني معها والتفاعل معها.

٢. العمل على كسب ثقة أعضاء الجماعة عن طريق ممارسته للعلاقات الإنسانية.

٣. التعرف على الاحتياجات الحقيقية للجماعة وتحديد أولوياتها بناء على أهميتها بالتنسية الظروف واحتياجات أعضاء الجماعة.

وهذه الهياكل أنواع ثلاثة

الأتحادات الرياضية الدولية.

اللجان الرياضية الدولية.

اللجان الأولمبية الموازية الوطنية او الأتحادات الوطنية

٢. الأتحادات الرياضية الدولية

هي خمس اتحادات تعرف انطلاقا من نوع الإعاقة، وتمثل الفئات الخمس للمعوقين المشاركين في الألعاب الأولمبية الموازية. وهم

١. ذوو القصور البصري وغير المبصرين: الجامعة الدولية لرياضات المكفوفين (IBSA)

٢. المعوقون ذهنيا: الجمعية الدولية ل لرياضات الخاصة بالمعوقون ذهنيا 3.)INAS-FID(

ذوو الشلل الدماغي: الجمعية الدولية الرياضة وترفيه الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي (CP-ISRA)

٤. ذو الشلل السفلي والشلل الرباعي ومن شابههم: الاتحاد الدولي للرياضة عى

الكراسي المتحركة بستوكماندفيل .)ISMWSF(

٥. المينورون واعاقات حركية أخرى: المنظمة الدولية للرياضات الخاصة بالمعاقين (ISOD) –

ملحوظة: الرياضيون الصم منضوون تحت رعاية اللجنة الدولية للرياضات الخاصة بالص CISS)

(التي لا تشرف عليها اللجنة الدولية الأولمبية الموازية .(IPC)

٣. اللجان الرياضية الدولية

هي هياكل دولية تنتسب كل واحدة منها الى رياضة اولمبية موازية سعيدة والرياضات الأولمبية الموازية الثلاث والعشرون تقابلها ٢٣ لجنة تضطلع بتنظيم المنافست اختصاصاتها المعنية على الصعيد الدولي واصدار القوانين بمختلف أنواع الإعاقات

٤. اللجان الأولمبية الموازية الوطنية

انها تقابل الأتحادات الوطنية للدول الأعضاء في اللجنة الدولة الأولمبية الموازية (IPC)ويبلغ عددها حاليا ١٦٠ منخرطا وللبلدان الأعضاء حق التصويت الكامل في الجمعية العامة كما أن من حقها المشاركة في جميع التظاهرات الدولية التي تنظمها اللجنة