الفصل الثاني

المشكلات الاجتماعية للمعاقين الجسمية والمشلولين دماغياً

مشكلات المعاقين جسمياً:

تعرف الإعاقة الجسمية بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة . وتضم الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الحالات التي تختلف حدتها ونوع التدخل المطلوب لعلاجها، لكنها بالأساس مصنفة إلى إعاقات عصبية وإعاقات عضلية وعظمية، وتحدث الإصابة إما أثناء الحمل وإما أثناء الولادة أو بعدها. أما الإعاقات العضلية العظمية، فهي خلل يصيب الجسم ويؤثر على حركته ووظائفه لأسباب غير عصبية مثل التهاب العظام، وعدم نضوج العظام، وانحناء العمود الفقري، والقدم الملتوية، وخلع الورك، والأطراف المشوهة، والتهاب المفاصل والشفة المفتوحة.

وتمثل الإعاقة الجسمية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية برامج الخاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع ...الخ . وأسباب هذا النوع من الإعاقات تكمن في حدوث خلل في الرسائل الكهربائية المنبعثة من المخ والتي تفقد القدرة على

الوصول بشكل صحيح للعضلات، حيث أن العضلات هي التي تحرك المفاصل. حيث يوجد لكل عضلة الوقود والفرامل على كل جانب لتمكنها من التمدد والتقلص. وفى بعض الأحيان مع إصابات المخ يتم إعاقة هذه الرسائل وتسبب تحفيز إحدى جوانب هذه العضلات بشكل زائد، وهذا السلك (العضلة) المنهك يكون غير موصل جيد للكهرباء للتحميل الزائد عليه وبالتالي تتأثر حركة العضلات. وإذا لم تصل الرسالة العصبية لهذه العضلات يكون رد الفعل لها شديد.

وتختلف نسبة الإعاقة الجسمية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي ، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الجسمية ، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث ...الخ. لذا ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة جداً والتعريفات المستخدمة لها متباينة هي الأخرى . ويلاحظ بعض المؤلفين أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية فهي قد ازدادت بدلاً من أن تنخفض . وتعزى هذه الزيادة إلى عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية والعلاجية للأمراض المزمنة والإعاقات العصبية والصحية . فعلى الرغم من أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها أفضل حالاً مما كانت عليه في الماضي إلاّ أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين والذين كانوا يموتون مبكراً جداً في الماضي .

يواجه الأفراد المعاقين الجسمية نفس المشكلات والصعوبات الاجتماعية والانفعالية التي يواجهها الأفراد غير المعاقين من نفس العمر . إضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأفراد يواجهون مشكلات أخرى بسبب إعاقتهم وما يرتبط بها من اتجاهات الآباء والأقران والأشخاص الآخرين المهمين في حياتهم ، ولكن البحوث العلمية بينت عدم وجود نمط شخصية أو سيكولوجية محددة ترتبط بأي إعاقة من الإعاقات الجسمية ، حيث أن مفهوم الأطفال عن أنفسهم ضعيف نسبياً، وهم غالباً ما يميلون إلى الاعتماد على الراشدين وتعبيرهم عن غضبهم لا يظهرونه علانية وهم أقل ذكاءً وإنجازاً في الامتحانات من الأطفال الآخرين لأن الشعور بالعجز يتدخل في قدرتهم على أداء العمل بكفاءة ، إن الشعور بالعجز يمنع الطفل من التفكير في البدائل ويجعل الطفل مشلولاً .

لذا ينبغي أن يكون الهدف من برامج التربية الخاصة للأطفال المعاقين حركياً هو إعداد الفرد ليأخذ مكانه في العالم الذي يعيش فيه اجتماعياً واقتصادياً ، وأن يدرب نفسه على الاستفادة من قدراته ومعلوماته إلى أقصى حدّ ممكن من الكفاية . وينبغي ألاّ يسمح بأي حال من الأحوال أن يفصل الطفل المعاق حركياً عن غيره من الأطفال غير المعاقين الجسمية حتى لا يشعر بأنه يختلف إلى حدّ كبير عن الآخرين، وتتضح أهمية الدراسة في التعرف على مظاهر الشعور بالعجز لدى المعاقين حركياً وخاصةً لدى الأطفال ، حيث قد يصاحب الإعاقة سوء توافق شخصي أو اجتماعي أو مدرسي أو مهني ، واضطراب وتشوه مفهوم الجسم أو مفهوم الذات بصفة عامة .

لذا يعد التعرف على المعوقات في حياة الأطفال ذوي الإعاقات الحركية نقطة هامة وأساسية لتذليل الصعوبات في حياتهم ومساعدتهم على تكوين اتجاهات إيجابية نحو إعاقتهم وسهولة التكيف معها ، كما يعد الشعور بالعجز من أبرز تلك المعوقات التي تواجه فئة ذوي الإعاقات الحركية من الأطفال .

أما الشعور بالعجز لدى المعاق حركياً فهو حالة من الإحباط تنتج عن وجود عائق يحول دون إشباع حاجة من الحاجات أو معالجة مشكلة من المشكلات، والإعاقة الحركية مصطلح يستخدم للإشارة إلى الفرد الذي يعاني من اضطراب بدني يعوق عملية تعليمه أو نموه أو توافقه . ويشير المصطلح بصورة عامة إلى الأفراد المقعدين أو من يعانون من مشكلات صحية مزمنة بيد أنه لا يشمل الإعاقات الحسية المفردة مثل كف البصر أو الصمم . كما يعني المصطلح أيضاً وجود عاهة أو نقص جسمي يعوق أداء الوظائف الجسمية والنفسية على نحو سوي .

فالشعور بالعجز يعتبر حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع ، سواء كان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة ، قد يكون هذا الانفعال عارضاً وهو ما يعرفه كل الناس كما يعرفون لحظات الحزن والألم والأسى ، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً ، إذن لا يولد الخوف أو الشعور بالعجز مع الإنسان ، ولكن قد يولد مع المرء استعداد وراثي للانفعالات العصبية، ويبرز هذا الاستعداد إذا ما تهيأت له الأسباب البيئية ، أسباب قد تكمن جذورها في محيط العائلة أو المدرسة أو العمل .

ولقد أكدت الدراسات أن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الجسمية بصفة خاصة آثارها تظهر بشكل ابعد من مجرد الحدود الفيزيقية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياه الفرد، فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته الجسمية ونقصد بها" فكرة المعاق "أو الصورة الذهنية لديه عن جسمه وهيئته ووظيفته، ويخطط معظم الناس لحياتهم بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية وقدراتها، والقدرات الأخرى المرتبطة بها وأي إعاقة في هذه القدرات تهدد الإنسان في حاضره ومستقبله وتؤدي إلى اضطراب قدراته الإنسانية وتؤدي بالتالي إلى إثارة مخاوفه وقلقه .

والشعور بالنقص هو اتجاه يحمل صاحبه على الاستجابة بالخوف الشديد والقلق والاكتئاب وشعور الفرد بأنه دون غيره وميله إلى التقليل من تقديره لذاته، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تنطوي على التنافس والنقد، وقد يكون لدى المعاق عقدة النقص وهي الاستعداد اللاشعوري المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتكررة تشعره بالعجز والفشل، ومن العوامل التي تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقات جسمية بالفرد .

ويشعر المعاقلجسمياً بعدم الأمن والاطمئنان نحو حالته الجسمية فهو لا يطمئن إلى الجري والوثب وقد يحدث اضطراب في الإدراك لعدم قدرته في التقدير الواقعي، كما انه يشعر بعدم الاطمئنان للغير للتفاوت في اتجاهات واستجابات الآخرين نحوه، وعدم وجود أدنى اتساق أو انسجام بينهما، أو عدم اطمئنان للنفس فهو في حالة تذبذب وتردد وحيرة . والشعور الزائد بالعجز يخلق نمطًا من المعاقين ذلك النمط الذي يتقبل قضاءه ويستكين للواقع ويحاول

استخدام ضعفه في استجداء عطف الآخرين، وكذلك نمط فقد احترامه لنفسه حيث يجد في عاهته حجة لكي يتنصل من دوره في أسرته ومجتمعه ولا يجد بأسًا في العيش عالة على الآخرين .

وبشكل عام فإن الإعاقة الجسمية مشكلة طبية في المقام الأول بالإضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها في الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها.

والعلاج في هذه الحالة يقوم على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تفترض أن الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانفعالات السالبة ليست نتاجا لقوى خفية تكمن في اللاشعور، ولكنها تنتج عن عمليات شعورية من قبيل: التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه قد يكون مستمداً من مقدمات خاطئة ومفاهيم مغلوطة، والسلوك قد يكون انهزاميا لأنه قد يكون مبنياً على أفكار لا عقلانية، ولما كانت كثير من المشكلات النفسية يمكن حلها عن طريق: شحذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلم اتجاهات أكثر تكيفاً، وحيث أن الاستبصار واختبار الواقع والتعلم جميعها عمليات معرفية بالدرجة الأولى.

فمسألة تقويم التفكير لدى الأفراد من خلال التعديلات المعرفية والسلوكية التي تؤدي إلى أن يكون الأفراد موضوعيين، وعقلانيين، ويرون العالم بصورة ايجابية مستمدة من الواقع الموضوعي، ويستطيعون إدارة انفعالاتهم في المواقف المختلفة معتمدين على الأنماط الايجابية في التفكير، فالأمر يحتاج هنا إلى

علاجين مختلفين إلا أنهما يكملان بعضهما بعضاً، لأن التشويه المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات مختلة، وبالتالي فإن التعديل المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات إيجابية ، وقد انعكس هذا الاتجاه على العمليات النفسية وهو ما يسمى بالاتجاه المعرفي، ذلك الاتجاه الذي يرى أنصاره أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوكيات المضطربة، وإنما تفسير الفرد لتلك الأحداث هو الذي يصنع ذلك، وافترضوا أن التغيير في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنه تغييرات في المشاعر والسلوكيات.

فالعلاج للمعاقين لجسمياً يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية، وتفاؤلاً، وتؤدي إلى العمل الفعال، والفكر العقلاني، ومواجهه الإحباط، والرغبة في الحياة، وتقوى مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تعديلها (Culatta, 2003). ومن خلال العلاج فجلسة بجلسة يتم أخذ أمثلة من المواقف الصعبة، وتحدد المهام كواجب منزلي بشكل خاص لخلق الظروف اليومية، حيث يمكن جمع قدر أكبر من البيانات لاختبار الأساس الحقيقي للاتجاهات، والأفكار ، فتعديل السلوك معرفيا ينتج عن تقديم التعليمات للذات والتي تركز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيدا قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور، حين تبين لنا أن التخلص من مشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريق انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة أكثر ايجابية.

ويذكر باول أن الحديث الذاتي هو الأسلوب الذي نكلم به أنفسنا ويؤدي إلى التحكم في السلوك بنفس الطريقة كأن هذا الحديث يأتي من شخص آخر، وقد لا يكون الفرد على دراية بالطريقة السلبية التي يتحدث بها لنفسه متوقعا الفشل، ومقللا من شأن النجاح، ويهدف التحصين التدريجي إلى مساعدة الأفراد على التفكير بشكل بناء وتحسن الأداء وهذه الإجراءات تهدف لتدريب الأفراد على الحديث لأنفسهم بشكل واثق و إيجابي متوقعا النجاح في أي مهمة ,Pawll (1990). ومن خلال تدريب الأفراد على إدراك وتحديد الأفكار غير المنطقية أو ما يعرف بالتقرير الذاتي، ثم يشكل المعالج السلوك الملائم بينما يعبر عن أساليب التكيف الفعالة التي تتضمن تقديم متطلبات المهمة والتعليمات الذاتية التي ترشد الأداء، والتقرير الذاتي الذي يعزز من الكفاءة الشخصية ويواجه الفشل في الإخفاق والتقرير الذاتي المستتر للأداء الناجح، وبعد ذلك يقوم الفرد بأداء السلوك المطلوب أولا أثناء تعبيره عن التعليمات الذاتية الملائمة ثم استعادتها بشكل مستتر مرة أخرى، ويقوم المعالج في تلك المرحلة بالمساعدة على أن يحل الحديث للذات الذي يؤدي إلى حل مشكلة محل المعرفة التي ينجم عنها العجز والتي كانت مصاحبة لهذا التصرف .

ونلاحظ أن العلاقة بين الطفل واللعب علاقة وثيقة جداً، فاللعب هو حب الطفل وملاذه وعالمه وحياته، وأسعد لحظات حياته تلك التي يقضيها مع لعبته، يحادثها ويحكي لها حكاية، يشكو لها، ويعرض عليها مشكلته، يضربها، يبعثرها يفكها ويعيد تركيبها، يتخيلها أشخاصاً أمامه ومعه، والأطفال يلعبون عندما لا

يكون هناك شيء آخر ينشغلون به، أي عندما يكونون مرتاحين حركياً ونفسياً، واللعب ولا شك هو أكثر من مجرد ترويح، بل هو عملية مهمة في سبيل النمو.

وتتعدد وظائف اللعب فمنها التربوية والفسيولوجية والنفسية والتشخيصية والعلاجية ، ومن حيث الجانب العلاجي يرى علماء التحليل النفسي أن الطفل في لعبه يعاود ترتيب الأحداث الحياتية بالشكل الذي يراه أو على الأقل لا يضايقه وبهذا يتخلص من قلقه ، وإن المرونة التي يقبل بها غالبية الأطفال على التعامل مع أدوات اللعب لا تعني أن كل الوسائل يمكن تقديمها إلى جميع الأطفال بصرف النظر عن الظروف وإنما ينبغي مراعاة حالة الطفل من الكف أو الشعور بالعجز أو المخاوف كذلك مراعاة عمره الزمني .

ويؤكد بياجيه أهمية المحاكاة أو التقليدً في اللعب فهما جزأين مهمين لنمو الذكاء . فالأطفال يلعبون ليقوموا بالأدوار التي يقوم بها الكبار والتي يطلب منهم القيام بها مستقبلاً عندما يكبرون وأن الطبيعة قد زودتهم بالميل للعب والتدريب على المهام والوظائف المختلفة التي يقوم بها الكبار فالولد يلعب بالسلاح أو الحصان أو الطائرة ليتدرب على دور المقاتل ، والبنت تلعب بعروستها وتصفف شعرها وتحيك لها الملابس وتهدهدها لتتدرب على دور الأمومة وهكذا .

المشلولين دماغياً :

يعرف الشلل الدماغي بأنه عبارة عن مجموعة من الاضطرابات لها خصائص غير طبيعية تؤثر في السيطرة على الحركة والأوضاع وهي تحدث

مبكراً وهو ليس مرضاً ولكنه مجموعة من الاضطرابات المختلفة باختلاف الجزء المصاب . وأيضاً يعرف الشلل الدماغي على أنه تعبير عن خلل في المخ والوظائف الحركية التي تحدث أثناء الولادة أو ما قبلها أو في السنة الأولى من العمر وهو ينتج عن إصابة غير متطورة وتظهر معملياً ويمكن تشخيصها وهي قد تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو إلى صعوبات التعلم أو التأخر في الكلام ، أو الاختلال في التحكم الإرادي للعضلات ، وكلاً من الوراثة والعوامل المكتسبة من المحتمل أن تكون مسئولة عن هذه الصعوبات ، وعن زملة الأعراض ، لذلك السبب في الغالب غير معروف .

كما يعرف الشلل الدماغي بأنه ليس مرضاً ولا تتعاظم خطورته ولا ينتقل بالعدوى بل هو عبارة عن ضرر لحق بخلايا الدماغ والجهاز العصبي ويؤثر على ضبط حركة الإنسان ويحدث هذا الضرر قبل أو أثناء أو بعد الولادة مباشرة وحتى خلال الشهور أو حتى بعد سنة من الولادة وكلما طالت مدة نمو الجهاز العصبي على نحو طبيعي قبل حدوث الضرر كلما قلت الاضطرابات المصاحبة لهذا الشلل ، وبحسب موقع ومقدار التلف فإن ذلك النمو الحركي الشاذ قد يكون طفيفاً أو حاداً وقد يتضمن طرفاً واحداً في أطراف الجسم .

وكذلك يعرف بأنه مجموعة من الاضطرابات العصبية غير الوراثية تنتج عن إصابة المنطقة الحركية في المخ تسبب عطباً في التحكم في العضلات الإرادية وبصفة عامة تنتج الإصابة عن عوامل مثل العدوى قبل الولادة مثل الحصبة الألمانية والعامل الريسيسي (عدم تماثل RH في الدم ، الانفصال قبل الأوان عن المشيمة ، عدم النضج ، النزيف المخي الداخلي وفرط

البيلدوبين في الدم ، الاضطراب التسممي والولادة العسرة ، وفي حالات قليلة إصابة الرأس بعد الولادة . وتتضمن الأعراض التشنج والحركات غير المسيطر عليها (قفاع Athetosis) والمشية المتماثلة والحديث الحلقي وفي بعض الحالات النوبات والعيوب البصرية وفقدان السمع والتخلف العقلي ويعرف المصطلح اختصارا بـ (.C.P) .

كما أنه يعرف بأنه إحدى الإعاقات النمائية أو الاضطرابات العصبية الحركية في مرحلة الطفولة المبكرة فهو أي تغيير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة وهو مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية تنتج عن خلل في بنية الجهاز العصبي المركزي أو نموه وهو اضطرابات نمائي ينجم عن خلل في ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالباً اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية وهو مصطلح ذو مدلول واسع يستخدم عادة للإشارة إلى أي شكل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي .

وأيضاً يعرف الشلل الدماغي بأنه عبارة عن إضطراب حركي تظهر أعراضه في السنوات الأولى من العمر وهو ناتج عن عجز في النمو الطبيعي للجزء الصغير في الدماغ الذي يتحكم في أفعال الحركةويأخذ أشكالاً كثيرة وليس هناك اثنان متشابهان تماما بهذا المرض .

كذلك يعرف الشلل الدماغي بأنه حالة يسببها إصابة المخ وعادة ما تحدث قبل أو خلال أو بعد الولادة بفترة قصيرة وتشير كلمة cerebral إلي

المخ بينما تشير كلمة palsy إلي اضطراب في الحركة أو وضع القيام أو الجلوس وهو غير متطور وغير معد ، وغير قابل للشفاء .

ويعرف الشلل الدماغي عن مجموعة من الحالات وليس وحدة مرضية إكلينيكية واحدة وعلي ذلك فإن تعريفة يعتبر أمرا تحكميا ويشمل الاضطرابات الحركية ذات الأعراض العصبية الناجمة عن تلف في المخ الذي يتسم بأنه مستقر ووقع في بداية العمر.

كما أن الشلل الدماغي يعرف بأنه إصابة ناتجة عن حدوث تلف في الدماغ فهو عادة ما يحدث قبل أو بعد الولادة مباشرة ومن النادر أن يكون وراثيا وكلمة cerebral تعني الدماغ وpalsy تعني أن هناك مشكلة في طريقة عمل العضلات وللاختصار يسمي C.P والمخ هو المسئول عن إعطاء أوامر لجميع الأجهزة فعند حدوث تلف لجزء صغير في المخ تحدث إصابة غير متزايدة ومستقرة تؤدي إلي مشكلة في تحريك أجزاء الجسم وتتوقف أعراضه علي موقع أو حجم أو عمق الإصابة في المخ .

مما سبق يتضح أن هذه التعريفات تجمع عناصر رئيسية وهي :

- أنه نتيجة لتلف مراكز الضغط الحركي في الدماغ ،أنه مجموعة من الأعراض المرضية .
- أنه اضطراب في الوظائف الحسية ،أنه اضطراب في الحركة والوضع الجسمي ، أنه يستجيب للتدخل العلاجي ، أنه غير قابل للشفاء التام ،أنه نوع من أنواع الإعاقة .

معدلات الإنتشار:

تتفاوت معدلات انتشار الإصابة بالشلل الدماغي تفاوتا كبيرا بين الدول، ويرجع ذلك إلي نقص في الإحصائيات العامة في معظم الدول ، وبالتالي نقص في الإحصائيات المتعلقة بالشلل الدماغي وبالمعوقين بشكل عام وهناك سبب أخر لهذا النقص حول الإحصائيات الخاصة بالشلل الدماغي وهو اختلاف التقنيات في اكتشافه وتشخيصه إضافة للخلاف الحاصل حول التعريف الدقيق للشلل الدماغي وكذلك الاختلاف في الاتجاهات الديموغرافية والظروف الاجتماعية وفي مطلع التسعينات قام مجمع البحث في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة اثبت من خلالها أن ما بين (٥٠٠ ألف إلي ٧٠٠ ألف ، من الأمريكيين مصابون بدرجة ما من الشلل الدماغي وان حوالي ٣ ألاف طفل يولدون سنويا مصابين بهذا الاضطراب ، وان ما يقارب (٥٠٠ طفل) يصابون به سنويا في السنوات الأولي من العمر .

تصنيفات الشلل الدماغي :

١) الشلل التشنجي: وهو أكثر أنواع الشلل الدماغي شيوعاً حيث يعاني منه ما بين (٥٠%:٦٠%) من المصابين بالشلل الدماغي، وينتج هذا النوع من الشلل عن اصابة المراكز المسئولة عن الحركة في القشرة الدماغية، ومن أعراضه الشد أو التشنج العضلي،واستخدام العضلات للإثارة بطريقة مبالغ فيها مما يؤدي الي تيبس أو اصابة بعض أجزاء جسم الطفل، وبالتالي تصبح الحركات بطيئة ومضطربة، مما يؤدي الى حدوث تشوهات وضعية

مثل أنحناء الظهر، وتشوه الحوض أو الركبتين أو الأطراف، وعندما يحاول الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل تحريك أطرافه، فأنها تتشنج، وقد ترجف بقوة وبسرعة عالية، وبصورة لاإرادية وغير متناسقة، مما يؤدي الى تجنب استخدام هذه الأطراف وعدم قدرة المصاب على توظيفها بفاعلية، وبالتالي ضغطها وأنقباضها،وبالتالي حدوث تشوهات في مختلف أجزاء الجسم وفق نمط الاصابة وموقعها.

ويقسم الشلل الدماغي التشنجي إلي الأنواع التالية:

١. الشلل التشنجي الرباعي:

هو شلل تشنجي يشمل جميع اطراف الجسم العليا والسفلي، وقد تكون الاصابة لنصفي الجسم متساوية، أو تكون في كثير من الاحيأن غير متناظرة،أى الإصابة في أحد الجانبين أشد منها في الجانب الاخروغالباً ما تكون الاصابة في الأطراف العليا أشد من الإصابة في الأطراف السفلي، وفي هذه الحالة لا يتمكن المصاب من التحكم في وضعية رأسه .كما أن قدرة الطفل بهذا النوع من الشلل على التنقل والحركة ضعيفة جداً، كما يعاني من صعوبة بالغة في التكيف لوضعيات جسمية مختلفة ولا يستطيع أن يحافظ على توازنه أو تغيير وضعيته . و بسبب شدة الاصابة فأن الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي لا يستطيع أن يعبر عن حاجاته ولا يمكن له العيش باستقلالية، لذلك فأنه يعتمد بشكل كلى على الاخريت في تلبية احتياجاته الأساسية .كما أن حركات الطفل المصاب بهذا التوع من الشلل الدماغي محدودة للغاية، فلا يستطيع أن يرفع راسه، أو أن يدير جسمه عند منطقة الصدر، أو أن يغير

وضعية جسمه في حالات الاستلقاء على الأرض .كما أنه يعجز عن استخدام يديه وذراعيه للإتكاء عليها مما يجعله غير قادر على الجلوس، بالإضافة الى عجزه عن رفع رأسه أو النهوض من حالة النوم على بطنه.

٢. الشلل التشنجي السفلي:

في هذا النوع من الشلل تكون الأطراف السفلي مصابة أكثر من الطراف العليا ويستطيع المصاب أن يتحكم برأسه الى حد ما ولكنه لا يستطيع ضبط حركات العينين على الغلب. ويصيب هذا التوع من الشلل الأطفال الخداع الذين لم يكتمل نمو الدماغ لديهم وتكون الأعراض المرضية واضحة عندما يقترب الطفل من السنه الأولي من عمره.

٣. الشلل النصفي التشنجي:

وتكون الاصابه في هذا النوع من الشلل إما في التصف الأيمن أو النصف الأيسر من الجسم، وغالباً ما يمكن التعرف على الجزء المصاب من الجسم عن طريق ملاحظة الأنماط الحركية والوضعية المتباينةبين جزئي الجسم، فتكون اليد في الجزء المصاب مغلقة لا يستطيع الطفل فتحها أو استخدامها من أجل دعم جسمه للنهوض من حالة الجلوس أو النوم، بالإضافة إلي أنها تظل بعيدة عن مركز الجسم ويصعب على الطفل المصاب أيضاً أن يحرك رجله في الجزء المصاب من الجسم .

ويتأخر المشى عند الأطفال المصابين بهذا النوع من الشلل بسبب ضعف الطرف المصاب، إلا أنهم يعتمدون على الأطراف غير المتصلة عند الحاجة إليها. كما يحدث للمصاب تشوهات وضعية في الكاحل أو اصابع

القدمين، وذلك بسبب التصلب الذي يحدث في القدم والرجل نتيجة الوقوف واستمراره لفترات زمنية طويلة .

٢) الشلل الإلتوائي أو التخبطي Athetosis

تقدر نسبة الاصابة بهذا النوع من الشلل بحوالي (٢٥%) من حالات الشلل الدماغي، والأطفال المصابون بهذا النوع من الشلل يعأنون من القيام بحركات لاإرادية بصورة مستمرة نتيجة إصدار الدماغ أوامر غير صحيحة، وقد تكون الحركات بطيئة أو ملتوية أو سريعة مفاجئة تحدث في قدمي الطفل أو يديه أو ذراعيه أو عضلات وجهه،ويميل الرأس في هذا التوع من الإصابه الى الوراء، ويكون الفم مفتوحاً يخرج منه اللسأن مما يسمح بسيلأن اللعاب بشكل واضح،وعند قيام الطفل بحركة لاإرادية فأن أجزاء جسمه تتحرك بسرعة،وإلي مدى أبعد مما تستوجب الحركة، وبذلك يصبح الطفل ضعيفاً ويسقط على الأرض وبسبب عدم التحكم في العضلات المسئولة عن الكلام، فأن قدرة الطفل المصاب على الكلام تكون ضعيفة وكلامه غير واضح وغير مفهوم.

٣) الشلل غير التوازني أو التخلخلي Ataxia

تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل الدماغي حوالي (٥%) من مجموع حالات الشلل الدماغي، وينعكس هذا النوع من الشلل الدماغي في شكل حركات غير متناسقة، وارتعاش في اليدين،وعدم تناسق الحركات، وعدم القدرة على التحكم بوضع الجسم وصعوبة في التوجيه الحركي المكأني (تقدير المسافات، إدراك العمق، صعوبة الجلوس والوقوف والمشي)، وبسبب الرغبة

في الحفاظ على التوازن يحاول الطفل المصاب مد يديه إلي الأمام وإبعاد ساقيه عن بعضها البعض.

٤) الشلل التيبسي Rigidity

وهو من الحالات النادرة جداً ويعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحده، ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظراُ لعدم توافر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي، أو أى نوع أخر من أنواع الحركة،ويوصف هذا النوع من أنواع الشلل بالتيبس نتيجة صلابة أعضاء عضلات الطفل المصاب وعلى الأغلب تتأثر جميع الأطراف في الجسم.

٥) الشلل الإرتعاشي Tremor

أن هذا الشلل يعتبر حالة نادرة حيث يظهر في هذا النوع من الشلل الدماغي أشكال مختلفة من الارتعاش، هذا الارتعاش قد يكون شديداً أو خفيفاً، كما قد يكون سريعاً أو بطيئاً، إلا أن الارتعاش يكون عادة قاصراً على مجموعة معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحده، ويكون لا إرادياً تماماً، بمعنى أن نترك الذراعيين والساقين والرأس أوأى أجزاء من الجسم بشكل لا يتحكم فيه الطفل، ولا يتمكن من السيطرة على حركة الجسم .

٦) الشلل الاسترخائي (الخائر) Atonic

ويشير هذا النوع من الشلل الدماغي الى الأداء الوظيفي المذهل للعضلات، ومن ثم يصبح التنسبق الحركي من الأمور المستحيلة وفي هذه الحالية يصبح الطفل المصاب ضعيفاً حيث تكون العضلات ضعفة ومرتخية .

٧) الشلل المختلط Mixed

تشير الدراسات إلي نسبة الشلل الدماغي المختلط قد تصل الى ٣٥% من مجموع حالات الشلل الدماغي بشكل عام،ويصنف الشلل الدماغي بأنه شلل مختلط خاصة إذا ظهر لدى الطفل المصاب أعراض لأكثر من نوع من أنواع الشلل الدماغي السابقة .

يمكن القول أن درجة حدة الإصابة تتراوح من القصور الخفيف نسبياً إلي النقصأن التام للحركة الموجهة بوجه عام، كما أن الخلل الذي يحدث في السنوات النمائية المبكرة للجهاز العصبي المركزي فيما يتعلق بالتنسيق الحركي هو ما يطلق عليه عادة الشلل الدماغي.

هذا ويوجد هناك تصنيفاً آخر وفقاً للطرف أو الأطراف المصابة ويندرج تحته ستة أنواع فرعية.

١) الشلل المنفرد(الاحادي) Monplagia: في هذه الحالة يكون طرفاً واحداً في الجسم هو الذي تأثر بالإصابة، وهى من الحالات النادرة .

٢) الشلل النصفي الجانبي (شلل جانب واحد) Hemiplagia: في هذه الحالة يكون جانب واحد من الجسم هو الذي تأثر بالإصابة أى أن الذراع والساق في جانب واحد هما المتأثرأن وتمثل ٤٠% من الحالات.

٣) الشلل الثلاثي Tripegia: في هذه الحالة تشكل الاصابة ثلاثة أطراف تكون عادة الساقين وأحد الذراعين .

٤) الشلل النصفي السفلي Paraplagia: في هذه الحالة تكون الاصابة في الساقين فقط وتمثل حوالي ١٠- ٢٠%.

٥) الشلل الكلي السفلي(شلل الجانبين) Diaplegia: في هذه الحالة تتأثر الأطراف الأربعة إلا أن الإصابة في الساقين تكون بدرجة أشد من الذراعين أى أن الأطراف السفلى تكون عادة أكثر تأثراً بالإصابة من الأطراف العليا.

٦) الشلل المزدوج Double Hemiplegia أو الشلل الرباعي Quadriplegia: في هذه الحالة تتأثر الأطراف الأربعة إلا أن الإصابة في أحد جانبي الجسم تكون بدرجة أشد من الجانب الآخر، وفي هذا النوع من الشلل الدماغي تتركز الإصابة في الرقبة والجذع.

كما يوجد تصنيف آخر للشلل الدماغي حسب درجة أو شدة افصابة فهو يصنف طبقاً للأنواع التالية:

- الشلل الدماغي البسيط Simple: وتكون فيه الاصابة بسيطة لا تؤثر على الطفل المصاب بشكل كبير، حيث يستطيع الطفل الاعتناء بنفسه ويستطيع المشي والأنتقال بدون استخدام أدوات مساعدة إلا أن الإصابة قد تحد من قدرات الطفل الأخري مما يستلزمه تزويده الخدمات التربوية المناسبة التي تساعده على تلبية احتياجاته التربوية .
- الشلل ادماغي المتوسط Moderate: وتكون فيه الاصابة بدرجة متوسطة وفيها يتأثر النمو الحركي للطفل المصاب، ويمكن أن يمشي باستخدام الادوات المساعدة، وهذه الاصابة تتطلب التدخل العلاجي التربوي.
- الشلل الدماغي الشديد severe: وتكون الاصابه فيه شديده، بحيث تجعل الطفل غير قادر على تلبية احتاجاته ورعايته الذاتية أو القيام بالحركات الإرادية، وكذلك التواصل مع الآخرين،وهذا النوع من الاصابة يتطلب

التدخل العلاجي الكثف والمتواصل، وكذلك التدخل التربوي والعلاج الطبيعي والتدريبات المنتظمة للحد من أثار الشلل .

الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي :

تتمثل الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي فيما يلي:

١) الإعاقة العقلية: يمكن أن يصاحب الشلل الدماغي إعاقة عقلية، ولكن ليس بالضرورة أن تحدث الإعاقة العقلية لدى كل مصاب حيث تشير الدراسات الي أن ٥٠% من حالات الشلل الدماغي لديهم إعاقة عقلية، كذلك شدة الإعاقة ليس لها علاقة بحدوث الإعاقة العقلية، فقد تكون حالة الشلل الدماغي شديدة دون حدوث إعاقة عقلية أو تكون بسيطة مع وجود إعاقة عقلية، إذ أن حدوث الإعاقة العقلية مرتبطة بموقع التلف الدماغي أكثر من ارتباطه بأى عامل آخر إضافة الى أن حالات التخلف العقلي لدى الأطفال المشلولين دماغياً هي من المستوى البسيط.

٢) الإعاقة السمعية دلت نتائج البحث المسحية أن الإعاقات السمعية بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ليست شائعة كالاضطراب البصري، وتشير الدراسات الى أن المشكلات السمعية لدى الأطفال المشلولين دماغياً تبلغ حوالي ٢٥%، وهذه المشكلات أكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بالشلل التخبطي، ويقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون قيام الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه،أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة.

٣) الإعاقة البصرية: يعاني حوالي ٥٠% من الأطفال المشلولين دماغياً من مشكلات بصرية مثل:

- الحول: هو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما مما يعيق وظيفة الإبصار على الأداء الطبيعي.
- أخطاء الأنكسار: مثل طول النظر، وقصر النظر.
- المشكلات المرتبطة بالإدراك البصري: وتتمثل هذه المشكلات في صعوبة التمييز البصري، والتأزر البصري- الحركي، أو التمييز البصري للشكل والخلفية وإدراك العمق، والرؤية المحيطة، وإدراك الألوأن.

٤) إعاقة النطق والكلام: يتأثر النطق في حالة الشلل الدماغي بشكل واضح حيث تظهر اضطرابات النطق لدى ٧٠% تقريباً من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وذلك بسبب إصابة المنطقة الدماغية المسئولة عن النطق لدى الفرد المصاب والتي تحد من القدرة على ضبط وتحريك العضلات المستخدمة في الكلام، ومن أهم المشاكل الناتجة عن تلك الإعاقة:

- شلل عضلات النطق: حيث يجد الطفل صعوبة بالغة في لفظ الأصوات بشكل مناسب.
- الخلل في إختيار وتتابع الكلام: ويظهر هذا الخلل في شكل صعوبة في إختيار وقع الأصوات والمقاطع والكلمات والجمل، لذلك يبدو الطفل معه غير قادر على ترديد الكلمات والعبارات بشكل صحيح.

- فقدأن النطق: وهو فقدأن كلي أو جزئي في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية أو كليهما للطفل المصاب بالشلل الدماغي، فبفشل الطفل في التعبير اللفظي في حالة فقدأن النطق بشكل كلي أو ضعف في التعبير اللفظي.

هذا وقد أظهرت نتائج دراسة الصادي أنه كلما زاد الإضطراب في القدرات الإدراكية والموقية اللازمة لنمو اللغة وزادت درجة الاصابة الدماغية وزاد احتمال الاصابة بالإعاقة التخاطبية.

كما أظهرت دراسة قضبي وآخرين إلي ضرورة التعاون بين العلاج الطبيعي وإخصائي أمراض التخاطب كما ظهرت تحسناً بطيئاً في بعض حالات عدم القدرة على التحكم في عضلات الحنجرة.

الأعراض الإكلينيكية الملاحظة علي مصاب الشلل الدماغي :

يعاني المصابون بالشلل الدماغي من عدم القدرة علي الحركة أو السيطرة علي أعضاء الجسم مما يؤثر علي الوظائف الحركية وهناك الكثير من الأعراض التي يمكن ملاحظتها علي هؤلاء الأطفال تبدو واضحة منذ الميلاد وخلال السنة الأولي من العمر ، وتلك الملاحظات تفيد في الاكتشاف والتدخل المبكر ، فعند الولادة كثيرا ما يكون الطفل المصاب بالشلل الدماغي رخوا وقد يبدو طبيعيا أيضا قد يتنفس الطفل فور الولادة وقد لا يتنفس ويزرق لونه ويصبح رخواً ويعتبر تأخر عملية التنفس من الأسباب الشائعة لتلف الدماغ ، ويبدي الطفل تطورا بطيئا بالمقارنة مع الأطفال الأخرين في محيطه من حيث

التوصل إلى رفع رأسه أو الجلوس أو الحركة فقد يستخدم الطفل يدا واحدة فقط ولا يبدأ باستعمال الاثنين معاً .

- يعانى هؤلاء الأطفال من صعوبات في تناول الطعام من حيث صعوبات المص والبلع والمضغ وقد يتقيأ كثيراً وتستمر هذه المشاكل حتى عندما يكبر الطفل .
- تعاني أمهات هؤلاء الأطفال من صعوبة العناية بهم فقد يبدو جسم الطفل متيبسا عند حمله أو تغير ملابسه أو الاستحمام وقد لا يتعلم حيث في وقت لاحق مهارات العناية بالذات كتناول الطعام أو الاستحمام واستخدام المرحاض .
- قد يبكي الطفل كثيرا ويبدو كثيرا الاهتياج أو علي العكس يكون شديد الهدوء لإبكاء يبكي أو يبتسم أبدا .
- ويلاحظ في النصف الثاني من السنة الأولى لعمر الطفل انه يعاني من صعوبات في الاتصال أو التخاطب فقد لا يستجيب الطفل أو تكون ردود الفعل لدية غير مناسبة بالنسبة لعمره ويعود هذا إلى الارتخاء أو التيبس أو إلى فقدان السيطرة علي حركات الذراع أو فقدان التحكم في عضلات الوجه وهذه المشكلات تجعل عملية النمو اللغوي لدي هؤلاء الأطفال تتأخر بشكل واضح وتبقي هذه المشكلات مستمرة حتى في وقت لاحق من عمر الطفل وغاليا ما تجد الآسرة صعوبة في فهم ما يحتاجه هذا الطفل أما بعد مدة فنجد أن الطفل يشير إلى ما يحتاجه بذراعه أو قدمه أو حتى بعينيه.

- قد تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي تشوهات تبدو في شكل عدم استقامة الرقبة أو الجذع أو الأطراف ، كما قد تعمل هذه التشوهات علي التعمق بسرعة وشدة بسبب عدم تحريك عضلات الجزء المشوه ومفاصله وعظامه فعندما تظل إحدى العضلات منقبضة وبدون حركة لفترة من الوقت، فإنها تصاب بالتقلص الدائم وجهود الحركة . وسواء كانت العضلات طبيعية أو متواترة ، فانه بالإمكان بسطها عن طريق العلاج الطبيعي المناسب ، ويلاحظ انه كلما كان الاضطراب في مرحلة مبكرة ، كلما حقق تصحيح العضلات نتائجه المرجوة .

المشاكل السلوكية والنفسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

تظهر هذه المشاكل في جميع مراحل العمر وتبلغ (٤- ٥) أضعاف نسبته في الأطفال العادين ، وليس السبب في حدوثها إصابة الدماغ ولكن تتركز الأسباب في الضغوط النفسية علي الطفل والعائلة ، مما يسبب ضيقاً لمن يقوم برعايته ، أعاقته قد تؤدي إلى زيادة احباطاته ومن أهم هذه المشاكل :

- اضطراب النوم : إذا كان الطفل متيبسا فمن المتوقع عدم ارتياحه مما يؤدي إلى استيقاظه المتكرر ، وهو ما يزعج الوالدين ويقلقهم ، أما إذا كان الطفل مرتخيا واهنا أو يستخدم أدوية مقاومة للتشنج فقد تلاحظ نومه الكثير مع قلة الحركة ، وهنا يجب ملاحظة نسبة الدواء في الدم لمنع زيادتها ، كما يجب أيقاظ الطفل وملاعبته .

- البكاء : تكرار البكاء قد يكون تعبيرا من الطفل عن تضايقه من وضعه العام أو عدم الاهتمام به ، وهنا يجب علي ألام عدم لوم النفس لذلك .
- حدة الطبع ، الانطوائية ، قلة التركيز .

الاضطرابات والمشاكل المصاحبة للشلل الدماغي :

يمكن أن يؤدي الشلل الدماغي إلى العديد من الإضرابات والمشاكل لدي الطفل المصاب وأهمها ما يلي:

- الاضطرابات النمائية في الجوانب الحسية والانفعالية والنفسية والاجتماعية إصابة الطفل ببعض الاضطرابات البصرية مثل ضعف الإبصار أو الحول أو أخطاء الانكسار مثل طول النظر أو قصره أو الاستجماتيزم وغيرها من المشكلات المرتبطة بالإدراك البصري الحركي ، وعدم القدرة علي التميز البصري للشكل والأرضية ، وقد يحدث تذبذب سريع ودائم في حركي ننى العين.
- مشكلات صعوبة التعلم نتيجة نقص القدرة علي السمع أو التفكير أو الإدراك أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجي أو إجراء العمليات الحسابية الرياضية .
- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق والكلام مثل الحبسة أو الافيزيا ، عسر الكلام وتأخر الكلام ، عدم القدرة علي اختيار الكلمات المناسبة وتنظيميها .

الحاجات الخاصة بالمصابين بالشلل الدماغي:

وفي دراسة قام بها كيندال وروبي Kandall,Robbie بهدف التعرف علي الاحتياجات التربوية الخاصة بالمصابين الشلل الدماغي بغية مساعدة المدرسة والأسرة في تطوير أهداف إرشادية مناسبة وضمهم في برامج تربوية علي أساس احتياجاتهم التربوية الخاصة وليس وفقا لأعاقتهم أسفرت الدراسة عن الحاجات الاتية :

- الحاجة لتعلم مهارات الاعتماد علي الذات .
- الحاجة إلى الدعم النفسى .
- الحاجة إلى التدخل المبكر .
- الحاجة إلى تقديم الدعم والتدريب للآباء .

كما أسفرت دراسة رجاء محمد شقير (١٩٩٩) عن الاحتياجات الاتية:

- الاحتياجات البدنية والأكاديمية والترفيهية .
- الحاجة إلى تنمية مهارات الاعتماد علي النفس ورعاية الذات والدعم النفسي.
- الحاجة إلى تنمية اكتساب المهارات الانتقالية لدخول عالم الكبار .
- الحاجة إلى التدخل والتعاون بين المدرسة والأسرة .
- الحاجة إلى الدمج والحاجة إلى عمل جداول عمل مدونة.

ومن الأمور المهملة في البلاد العربية هي التأثيرات النفسية للإعاقة علي الطفل وعائلته وقد لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه وعن حاجاته وتلك الحاجات يجب أن ندركها فهو طفل كغيره من الأطفال لديه أحاسيس ومشاعر

وانفعالات وهو بحاجة إلى الاحتكاك للتعلم من الحياة ، كما أن العائلة تقاسي في البحث عن العلاج والإرشاد لما تستطيع عمله لطفلها ، كما أن رعاية الطفل تحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد كل ذلك ينعكس بتأثيرات سلبية عليها ، مما قد يؤثر علي الاستقرار العائلي وعلاقة العائلة بعضها البعض ، كل ذلك يؤكد علي أهمية الدعم الاجتماعي للعائلة بالإضافة إلى احتياجات للدعم والتوجيه والإرشاد النفسي .

يدل هذا علي أهمية تلك البرامج التربوية والتاهلية المقدمة لهؤلاء المعاقين والتي تؤدي إلى تنمية قدرات الفرد من جميع النواحي لتجعله قادرا علي العيش باستقلالية في المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يعتمد بدرجة كبيرة علي مدي توفير تلك البرامج كذلك علي مدي تقبل الفرد لاستخدام تلك البرامج فهناك كما هو معروف انه بعض الأشخاص يخجلون من أعاقتهم فنراهم في المنزل انطوائين يشعرون بالدونية والخجل من ظهور الناس وهذا يعتمد علي مدي تقبل المجتمع للفئات ذوي الاحتياجات الخاصة ولذلك تغيير تلك الاتجاهات من قبل الأسرة والمجتمع ومن ثم توفير البرامج والخدمات التربوية والتأهيلية للإفراد المعاقين الذين يمتلكون مواهب وقدرات إبداعية لكي يستغلوا قدرتهم وينموا مواهبهم فيما يعود عليهم بالنفع العام .

توقعات المستقبل للأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

تختلف إصابة هؤلاء الأطفال كما تختلف أصابع اليد الواحدة ، ومستقبل الطفل يعتمد علي درجة الاصابة بشكل كبير ، ولكن التدخل المبكر قد يؤدي

إلى نتائج باهرة مهما كانت حالة الطفل وشدة إصابته فالطفل الذي لدية إصابة خفيفة قد لا تظهر عليه مشاكل واضحة ولكن قد يكون غير بارع كأقرانه ، ومع زيادة شدة الحالة تكون الأعراض اشد ، ولكن ذلك لا يمنع من حصولهم علي درجات مختلفة من الخبرات تمكنهم من الاعتماد علي أنفسهم في حياتهم اليومية، والبعض منهم قد يكونون معاقين حركيا وفي نفس الوقت لديهم درجة عالية من الذكاء ، والتطور العلمي قد أوجد الكثير من الأدوات المساعدة والتي قد تقوم بتحسين حياتهم ومعيشتهم اليومية ، وزيادة التواصل مع المجتمع من حولهم .

لم يكن استشراف المستقبل من وجهة نظر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في أي وقت مضى أكثر إشراقاً مما هو عليه الآن. إذ تساعد التقنيات العلاجية والجراحية في استحداث مناهج معالجة جديدة تساعد في السيطرة على المشاكل المرتبطة بالشلل الدماغي كالتشنج والنوبات المرضية وتصميم معدات خاصة تساعد هؤلاء الأطفال في فك وثاق قدراتهم الكامنة كما لم يحدث من قبل .

فعلى سبيل المثال تعطي الحاسبات اليوم للأطفال أصوات لم يكونوا يستطيعون الكلام من دونها كما أصبحت وسائل التقويم والتنقل المصنوعة من اللدائن والمعادن الخفيفة تعطي حرية جديدة لحركة الأطفال ذوي المهارات الحركية المحدودة .

ولم يعد التقدم الحادث في مجالي الطب والتكنولوجيا السبب الوحيد لتفتح آفاق الأمل أمام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وأسرهم بل تضاف

إليه فرص التعليم التي تساعد هؤلاء الأطفال في التقدم بخطوات عملاقة تجاه التغلب على آثار إعاقتهم .

ويوجد سبب آخر يجعلنا نتفاءل بمستقبل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يتمثل في تزايد دور الآباء في مساعدة أطفالهم. فقد أصبح المعالجون – مثلاً– يدربون الآباء بشكل روتيني على تعزيز المهارات الحركية والكلامية لأطفالهم في البيت. ويعتمد المعلمون على المعلومات التي يزودهم بها الآباء لتحديد كيفية وماهية التعليم الذي يجب أن يتلقاه هؤلاء الأطفال في المدرسة . ولأن الآباء هم الخبراء الحقيقيون في حالة أطفالهم وحاجاتهم الخاصة فإنهم أقدر من غيرهم على مساعدتهم في تلقي الخدمات الأنسب لهم. ويستطيع الأباء أن يعملون جنباً إلى جنب مع المعلمين والمعالجين لمساعدة طفلهم ليكبر ويتعلم. إذ يساعد هذا النوع من الشراكة بين الآباء والاختصاصيين في إحراز تقدم أفضل. ويعتمد مقدار التقدم الذي سيحرزه الطفل في النهاية على عوامل عديدة بما فيها قدراته الفكرية ونوع مشاكله الحركية وحدتها. إذ يتخرج بعض الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من المدارس الثانوية النظامية ويدخلون الجامعة وينجح آخرون في إكمال المدارس الثانوية المهنية ويقضي قسم آخر منهم سنواته الدراسية في برامج مصممة لجعلهم مكتفين ذاتياً إلى أقصى حد ممكن. وهكذا نرى بعض هؤلاء الأطفال يكبرون ليعملوا في وظائف تمكنهم من إعالة أنفسهم. بينما يحتاج آخرون مقادير متفاوتة من الدعم المادي لمساعدتهم في تدبير شؤون حياتهم. وخلاصة القول أن الأطفال المصابين

بالشلل الدماغي أصبحوا قادرين اليوم على أن يعيشوا حياة غنية مليئة وأن يستمتعوا بالصحة الجيدة والأصدقاء المخلصين والمشاعر الطيبة تجاه أنفسهم وإنجازاتهم وستساعد البرامج العلاجية والتعليمية المناسبة الآباء على انطلاق أطفالهم في الطريق المؤدي إلى مستقبل مشرق وسيعمل الآباء بتحيزهم ودعمهم على إبقائه سائراً في هذا الطريق .

تأثير الإعاقة على المعاق وأسرته :

الآثار النفسية:

من الواضح ان السمات او الخصائص النفسية لتلك الفئات من فئات ذوي الحاجات الخاصة تشترك او تتشابه من حيث بعض الآثار النفسية للإعاقة بشكل عام، كالقلق والتوتر،الانفعال وغيرها من السمات التي تكون عامة لدي المبتلين بها من فئات ذوي الحاجات الخاصة الا انها قد تتميز بسمات نفسية مرضية ربما لا توجد لدى بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة فحياتهم مجموعة من الحرمان الحركي الذي لا يكون موجودا لدى بعض الفئات الأخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة، فحياتهم مجموعة من اللاءات الحركية التي عليهم الالتزام بها مجبرين ام راضين" فلاللعب رغم أهميته، ولا للحركة خشية السقوط ولا لدخول الحمام منفردا ولا للتنقل دون مساعدة ولا للتشابه مع الآخرين حتى بينه وبين نفسه.

فكل كلمة لا ورائها اضطراب نفسي يتراكم يوما بعد يوم، وتزداد الإعاقة سوءا مع تقدم العمر، وتزداد الاحباطات التي تعبر عن حالته النفسية بسبب تلك

العقبات التي تعترضه . وهو في هذه الحال اما ان ينسحب وتعتل صحته النفسية بكل ما تحمله الكلمة من معنى، واما ان يتجة نحو نفسه كي يعوضها ذالك الحرمان الحركي بما تبقى لديه من قدرات.

فالمعوق حركيا له مشكلات ولايمكن إدماجه في الحياة العامة بشكل فعال الا بعد معالجة هذه المشكلات، فهو اولا لديه مشكلة جسمية تتمثل في عدم القدرة على الحركة او ضعفها، وينتج عن هذه المشكلة الجسمية اخطر المشاكل الاجتماعية، وهي الاعتماد على الآخرين، وهذه تشكل اكبر صعوبة يمكن ان تصادف المعاق اذ انه سيشعر بالنقص ويبني صورة سلبية عن نفسه وبلا شك فانه سيشعر بالقلق والاكتئاب، ومع تراكم هذا الشعور فانه ومن ضمن العمليات اللاشعورية فان ذلك سينعكس علية سلوكيا من عدوانية وانطواء والأخطر من ذلك رفض التوافق مع مشكلته الجسدية وتلك إحدى اهم المشكلات التي يواجهها القائمون على برامج تؤثر الإعاقة الجسمية والصحية في الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد المعاق وأسرته، وتعتمد شدة هذا التأثير على نوع الإعاقة وشدتها وعمر الفرد عند الإصابة بالإعاقة، وكذلك على الظروف الاسرية والمجتمعية التي ينتمي لها الفرد المعاق، كذلك فان للأسرة دور هام في التخفيف من معاناة الفرد المعاق جسميا وصحيا اذا وفرت الاسرة الدعم والتقبل للفرد المعاق او انها قد تكون مصدرا لهذه المعاناة اذا لم توفر مثل هذا الدعم او انها لا تتقبل الإعاقة اصلا. اما المجتمع فهو الذي يحدد او يسمي الإصابة على أنها إعاقة بسبب ما تصنع من قيود على الفرد المعاق، او بتفسيرات المجتمع لمدى الفروق بين أفراده مما يؤثر على نمو الفرد وتكيفه الاجتماعي

ومن هنا فان هناك اختلافات في حياة الافراد المعوقين في المجتمع والتي تعتمد في الاساس على استجابة المجتمع وتوقعاته .لذلك فان المشكلات التي يعاني منها المعوقون جسميا وصحيا ليست بسبب طبيعة الإعاقة فحسب.

وإنما ايضا بسبب نظرة المجتمع نحوهم والمتمثلة في العقبات التي يضعها المجتمع او التسهيلات التي يوفرها للمعوقين انفسهم. لذلك فالعوامل التي تؤثر في الجانب النفسي كثيرة الا ان كل فرد معوق يعتبر منفردا فيما يعايشه من خبرات تنعكس بالتالي على تكيفه مع المجتمع. اشارت الدراسات الى انه لا يوجد نمط شخصية محدد يرتبط باعاقة معينه، كما انه لا توجد علاقة مثبتة بين شدة الاعاقة و التكيف النفسي لها. فيمكن ان يعاني الفرد من اعاقة شديدة ولكنه في نفس الوقت متكيف معها او من الممكن ان تكون اعاقته بسيطة ويعاني من سوء تكيف.

ان ما يعني او يدل على وجود اعاقة عند الفرد يعتمد عل تفسير معنى الاعاقة ومصادر الدعم المتوافرة والمقدمة له وليس بالضرورة على مدى شدة الاعاقة وطبيعتها.

التأهيل النفس للمعاق بدنياً:

فهناك ايضا ما يمكن ان يعاني منه المعوق بدنيا، ففي دراسة عن الاثر النفسي للإعاقة البدنية لدى المعاقين حركيا، وجد انهم يتسمون بالإحباط الشديد، وكراهية النفس، والشعور بكراهية المماثلين لهم في السن خاصة لدى فئة

الأطفال، والإحساس بالخجل من مواجهة المواقف والإحساس بالظلم وانخفاض مستوى الطموح واضطراب صورة الذات والسلوك المضاد للمجتمع وعدم التوافق.

١) العوامل التي تؤدي لاستجابة المعوق نفسيا:

- السن عند حدوث الإعاقة: فهناك معاقون ولاديا وهناك من أصيبوا صغارا، وهناك من طرات عليهم الاعاقة الحركية كبارا.
- الجنس: جنس المعاق يؤثر على تقويمه لذاته، فقصر الطرف الأسفل مثلا عند الانثى يكون اشد تاثيرا عنه عند الرجل.
- الذكاء: المعوق ضعيف الذكاء يكون اكثر اعتمادا على غيره ويكون اكثر تعرضا لليأس والانفجارات العاطفية.
- سمات الشخصية:طبيعة شخصية المعوق قبل حدوث العاهة تؤثر على استجابته لحدوث العاهة.
- الحالة الجسمية قبل العاهة: الكفاءة الجسمية قبل العاهة تؤثر بالطبع على استجابة المعوق، فاذا كان يتمتع بكفاءة جسمية عالية، قلت نسبة العجز الذي تحدثه العاهة.
- الموقف النفسي والاجتماعي للمعوق: المعوق الذي ينتمي الى اسرة مترابطة يجد فيها العطف والمساندة عند حدوث العاهة.
- طبيعة العاهة: الآثار النفسية للعاهة ستختلف حسب طبيعة العاهة الجسمية.
- مدى إصابة الجهاز العصبي: اذا كانت الإصابة راجعة الى الجهاز العصبي، فان التأثير النفسي لها لن يتوقف على شخصية المريض فقط

وكيف يتفاعل مع العاهة، ولكن سيتوقف على التغيرات النفسية المباشرة التي تحددها إصابة الجهاز العصبي وهذه التغيرات تتمثل في: اضطراب الذاكرة – تدهور الذكاء – تغيرات انفعالية مثل القلق الشديد الاكتئاب – تغيرات أخلاقية مثل فقدان القدرة على التحكم والتوجيه الاجتماعي في الانفعالات والرغبات .

٢) المشاكل النفسية للمعوق حركيا:

- الشعور بالتعب اذ ان المعوق حركيا عليه ان يبذل من الطاقة والجهد الكثير لتعويض قصوره البدني.
- تغيير المظهر العام للجسم: الإعاقة الحركية لا يمكن إخفاؤها، وهي تصيب الجسد مباشرة مما يسبب ألاما نفسية شديدة.
- الإحساس الوهمي بالطرف: كثير من المعاقين المصابين بالبتر يشعرون بوجود الطرف المبتور وكثيرا ما يشعرون بالأم في هذا الطرف.
- مشكلات سلوكية عند استقرار الحالة:بعد ان يصاب الفرد بالإعاقة الحركية يعاني من اثار نفسية ناجمة عن الإعاقة الحركية تتمثل فيما يلي:

١. اثار نفسية ناتجة عن تفاعل المعوق للعاهة المؤدية الى العجز الجسمي ويؤثر على هذه الاثار مجموعة عوامل هي: خبرات الفرد، حجم الخوف الذي اعتراه خلال بداية المرض و الحادثة التي أدت الى العجز، معاملة أسرته، اماله في الاعتماد على نفسه في كسب عيشه وإحساسه بالأمن.
٢. تاثيرات نفسية ناجمة عن تفاعل وسلوك الاخرين نحو المعوق.

٣. مشكلات نفسية ناجمة عن استخدام الجهاز التعويضي" عدم السيطرة على الجهاز، عدم امكانية تحقيق التازر الحركي العضلي في الحركة، اضطراب المظهر العام للمعوق، وجود عيوب في الجهاز التعويضي."

مشكلات نفسية ناتجة عن تغير الظروف:

- فقد المكانة الاجتماعية للمعوق.
- وجوده تحت العلاج لفترات طويلة قد يؤثر على من يرعاهم، كما يؤثر على علاقاته بأفراد الأسرة التي قد تصل الى حد نبذ وإهماله.
- التعطل نتيجة الاعاقة الحركية قد يؤدي الى وجود فراغ لا يعرف المعوق كيف يستغله مما قد يجعله ف ريسة لانواع الترفيه الخاطئة او استغلال الاعاقة للحصول على الشفقة والعطف والاستجداء.
- اذا كان المعوق متزوج فقد يؤدي الوجود بعيدا عن الزوج او الزوجة تحت العلاج، الى غيرة المعوق، مما يؤدي الى تفكك العلاقات الأسرية.

خصائص أسرة المعاق حركيا:

يوجد عدد من النواحي الهامة في الحياة الأسرية، والتي تعكس نواحي الحياة التي يمكن ان تضيف الى تكيف الأسرة او اختلال الأداء بها، وفيما يلي سنعرض الخصائص الأساسية التي ترتبط بالتراث وبالأسرة مباشرة ذات الأطفال المعاقين:

- **الضغط:**

لقد انشأ هيل (Hill,1949) اول نموذج نظري للضغط النفسي الواقع على الأسرة مشتملا الآتي (abcx) ، فالعامل:(a) الحدث الضاغط يكون حدثا حياتيا او تحولا يؤثر على الأسرة ويمكن ان يحدث تغيرا في نظام الأسرة.فمن الممكن ان يؤدي هذا العامل على سبيل المثال لزيادة دخل الأسرة وذلك كحقيقية للعبء الذي يسببه وجود طفل معاق داخل الأسرة، وهذه الصعوبة يمكن ان تضع أعباء على ادوار ووظائف أفراد الأسرة، او تؤثر في الأهداف الموضوعة، او تقلل التفاعلات الأسرية، والعامل:(b) موارد الأسرة وصف بانه قدرة الأسرة على منع حدث ما او تغير في الأسرة من إحداث الكارثة، وهو قدرة الأسرة على مقابلة العقبات وان تقلص مدى الأحداث، وهذا العامل يرتبط مباشرة بالفكرة القائلة بان مرونة الأسرة وجودة العلاقة السابقة لوجود طفل معاق يمكن ان يكون منبأ هاما بقدرتها على التكيف، ويمكن ان تكتسب الموارد أيضا خارج الأسرة بواسطة بدء الاتصال بالخدمة الاجتماعية . والعامل :(c) فيقصد به التعريف الذي تضعه الأسرة لخطورة الحدث الضاغط الذي تعيشه وهو يعكس القيم الأسرية وتجاربها السابقة في التعامل مع الكارثة . ويشبه هذا العامل المكون الرئيسي في أسلوب المعالجة الانفعالي المنطقي، فالحدث ليس هو بذاته هو المزعج ولكن للفرد ولكن المعنى الذي ينسب الى الحدث هو الذي يكون مصدر للتفكير المشوش، اذن فالعوامل (abc) تؤثر جميعها في قدرة الأسرة على منع الحدث الضاغط من خلق الكارثة . والعامل(x) فالكارثة تعكس عجز الأسرة عن الاحتفاظ بالتوازن والثبات. ومن المهم ان نلاحظ ان الحدث الضاغط

يمكن الا يصبح ابدا كارثة لو ان الأسرة قادرة على استخدام الموارد الموجودة وتعريف الموقف كحدث يسهل التعامل معه.

- **توافق الأسرة وتكيفها:**

يمكن حفظ التوازن داخل الأسرة اذ توفر فيها الأمور التالية:

١. اكتساب مصادر جديدة او تعلم سلوكيات مواجهة جديدة.
٢. تقليل المطالب التي تواجه الأسرة.
٣. تغيير الطريقة التي ينظر بها الى الموقف.

- الدعم الاجتماعي: وهو عبارة عن إستراتيجية مواجهة خارجية ظهرت لتقلل من الضغط الأسري وهو يتمثل بثلاث جوانب رئيسية منها:العلاقات الحميمية(الزوجية) ، الصداقات ، الجيرة والدعم المجتمعي.

الإعاقات الجسمية والصحية والضغوط:

الضغط النفسي : هو الموقف الذي يطلب فيه من الفرد القيام باستجابات تكيفية ويظهر على شكل استجابات انفعالية، ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي قد يعانيه المعوق لابد من الأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية:

- المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط.
- مدى تحمل الفرد للإحباط.
- إدراك الفرد للموقف على انه ضاغط.
- وجود تهديد مع الموقف الضاغط.

وللمدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط أهمية في تقدير مدى الضغط النفسي الذي يعانيه الفرد وكذلك يختلف الأفراد في مدى تحملهم للإحباط فمنهم من يتحمل الإحباط ويتكيف معه ومنهم من لا يستطيع ذلك، فتحمل الإحباط يظهر مدى تحمل الفرد واستعداده للتعامل مع المواقف الحياتية المختلفة التي تمنع الفرد من القيام بتلبية احتياجاته .فالإحباط يعني الفشل في تحقيق حاجات ألف رد او وجود موانع داخلية لدى الفرد وخارجية في البيئة التي يعيش فيها تحد من نشاطاته الموجهة نحو تحقيق أهدافه . كما ان تعدد المواقف الضاغطة وتنوعها من شانه ان يجعل الفرد يعاني اكثر مقارنة بالمواقف الضاغطة القليلة، ففي حالة المعوق جسميا وصحيا فان هناك كثيرا من المواقف الضاغطة التي تتطلب منهم التكيف معها. فبالإضافة للضغوط الجسمية والصحية فإنهم يعانون من مشكلات اسرية واجتماعية مختلفة.

فادراك الفرد للموقف الضاغط يعتبر احد العوامل التي تحدد شدة الضغط لان الشدة تعتمد على التفسير الذي يدركه الفرد للموقف على انه بسيط او شديد. وهناك ثلاث مصادر للضغوط التي يمكن ان يتعرض لها الافراد بشكل عام والمعوقون بشكل خاص:

- **الاحباطات:** هي عبارة عن الحالة النفسية التي يمر بها الفرد بسبب العقبات والمواقف التي تحول دون تحقيق الفرد لحاجاته البيولوجية والمكتسبة، ويمكن ان تكون بيئية او اجتماعية، فالعقبات البيئية هي المحددات المادية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الفرد، ففي حالة الاعاقة الحركية من

الممكن ان تكون المحددات تلك المباني التي لا يستطيعون الوصول لها بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية كالممرات الخاصة بالمعاقين.

- **العقبات الاجتماعية** : تتمثل بالتحيز الاجتماعي والاتجاهات السلبية نحو المعاقين واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غير المعاقين في المجتمع، وتعتبر الاحباطات الاجتماعية اكثر ايذاء للافراد المعاقين، وذلك لانها تمنعهم من ممارسة حياتهم العادية خاصة اذا علمنا بان هذا النوع من الاحباطات الاجتماعية تمارس بشكل خفي وغير معلن، فالقوانين يمكن ان تعالج حقوق المعاقين ولكنها لا تمنع الممارسات عير المعلنة من قبل المجتمع.
- **الصراعات** : تعتبر من مصادر الضغوط التي يتعرض لها المعاقون فقد يضطر الفرد المعوق لتقييد نفسه بأهداف حياتية تتعلق بالعمل الذي يمارسه مستقبلا وذلك بسبب طبيعة الاعاقة التي يعاني منها، من هنا فان اختبارات المعوق تعتبر قليلة ومحدودة مقارنة باختبارات الفرد غير المعوق.

التكيف للإعاقة :

يواجه المعاق جسميا عددا كبيرا ومتكررا من مصادر الضغوط التي تتطلب منه القيام باستجابات للتكيف مع حالات الإعاقة التي يعاني منها، ويمكن التمييز بين ثلاث أنماط من الاستجابات لحالة الاعاقة:

- الاستسلام والخضوع للإعاقة والفشل في التكيف : الفرد يكون قد وصل الى حالة اليأس التي لا يتمكن معها القيام باية استجابات تكيفيه ايجابية، اذ

يعتبر نفسه سيء الحظ وان الاعاقة التي يعاني منها ستجعله قاصرا في اداء اية مهمة مطلوبة منه . لذلك نجده لا يحاول القيام بسلوكات من شانه ان تساعده في التغلب على المشكلات الرتبطة بنوع اعاقته بشكل محدد واذا كان المعاق من هذا النوع من حاملي الاعاقة فانهم بلا شك بحاجة لخدمات الارشاد النفسي للتعامل مع مشكلاتهم بشكل مباشر حتى يستفيدوا من الخدمات التربوية والتاهيلية.

- استخدام وسائل الدفاع الاولية: انه لايعتبر بحد ذاته مظهرا من مظاهر الاضطرابات الانفعالية الا اذا بالغ الفرد باستخدام هذه الوسائل فيصبح عن ذلك غير واقعي ويعيش بعيدا عن الحقيقة، ولا يقتصر استخدام وسائل الدفاع الاولية على المعوقين فحسب، بل يستخدمها الافراد غير المعوقين ايضا عندما يواجهون مواقف ضاغطة لا يستطيعون التعامل معها ولو مؤقتا، وهناك الكثير من وسائل الدفاع الاولية ومنها:

- **الانكار** : وهذا يعني رفض الحقيقة وعدم الاعتراف بالواقع المؤلم لدى الفرد المعاق عند تشخيص الحالة، ثم انكار حقيقة ان الاعاقة دائمة ولا يمكن الشفاء منها باستخدام العاقاقير والادوية والجراحة وغيرها، ويمكن ان يستمر لسنوات طويلة قد تحرم الفرد من الاستفاده من البرامج التربوية و التاهيلية.
- **الانسحاب الاجتماعي** : تمركز الفرد المعوق حول ذاته وعدم التفاعل الاجتماعي مع الاخرين والانعزال عنهم بسبب قناعتهم بان الاعاقة قد تكون دائمة وذلك كرد فعل للدافع المؤلم الذي يواجهه.

- **النكوص:** وهو استخدام المعوق لأساليب كان يستخدمها في مراحل عمرية سابقة كانت تلك الاساليب مفيدة في تخفيف الضغوط لديه.
- **الخيال** : هي وسيلة الدفاع التي يحقق من خلالها الفرد المعوق اهدافه وطموحاته التي يعجز عن تحقيقها في الواقع.
- **الكبت** : وهو تحويل الافكار السلبية والصراعات التي يعاني منها الفرد المعوق الى مستوى الاشعور لا وجودها في مستوى الشعور يبقى على شكل صراعات وافكار غير مقبولة اجتماعيا.
- **التبرير** : وهو تفسير يبدو منطقيا لاحداث او مواقف تخص الفرد بينما الاسباب الحقيقية انفعالية، قد يلوم او يعيد الفرد المعوق اعاقته وعجزه او قصوره الى اشخاص واشياء قد لا تكون هي الاسباب الحقيقية، كذلك يمكن تبرير عدم تحقيق الاهداف الى اسباب ليست هي الاسباب الحقيقية.
- **الاسقاط** : يعني الغاء ما لدى الفرد المعوق من خصائص وصفات لديه لا يحبها الى الاخرين، فقد يلجأ الفرد الى وصف الاخرين بما لديه هو من تقصير او جوانب سلبية.
- **التعويض** : وهو الاهتمام باحد جوانب القوة لدى الفرد لتعويض النقص او القصور في جوانب اخرى.

الاستجابات الموجهة نحو المهمة او الاستجابات التكيفية فهي الاستجابات الواقية التي تاخذ بعين الاعتبار حقيقة الاعاقة وديمومتها وكيفية التعامل معها، فهي استجابات تركز على الحاضر والمستقبل تجعل الفرد المعوق يعمل باتجاه

التغلب على الاعاقة والقيام بسلوكيات تكيفية للواقع الجديد الذي حصل بسبب اعاقته.

ان تكرار الضغوطات النفسية وشدتها تجعل الفرد يعاني من الاضطرابات الانفعالية ومن الناحية النظرية فان المعاقين جسميا وصحيا يعانون من تكرار الضغوطات النفسية وشدتها وبالتالي فهم اكثر عرضة لهذه الاضطرابات، ان التكيف الجيد بالنهاية الهدف الذي يجب ان يسعى اليه كل من المعقين جسميا وصحيا واسرهم وذلك من خلال تقبل الفرد المعوق لاعاقته والعيش بسلام مع مجتمعه.

- تاثير الاعاقة على الاخوة : في سلسلة دراسات اجريت وجدوا ان الاخوة الاكبر هم الذين يعيشون صراعا زائدا فيما بينهم عندما يكون عليهم متطلبات رعاية اكبر، وهذه النتيجة تنطبق فقط على مسؤوليات رعاية الطفل وليس على اعمال المنزل المنتظمة.

كذلك فالأخوة الاصغر على غير المتوقع فانهم يخبرون عن توتر في اداء الدور الملقى عليهم والذي يتسم بالقلق والصراع فالاخوة الاصغر غير المعاقين الذين يكلفون بادوار رعاية اكبر، يكون لديهم علاقات اكثر تضاربا من الاخوة الذين لا يملكون اخوة معاقين داخل اسرهم . وبصفه عامة فانه الاخوة يتوقعون ان عليهم مسؤوليات رعاية اكبر من الاطفال الاخرين ممن ليس لديهم اخ ذو اعاقة، وان الاشتراك في هذه النشاطات لا ينتج عنه نتائج سلبية اكيدة.

فالمستوى الثقافي والاجتماعي ربما يكون مرتبطا بحجم المسؤولية الملقاة على عاتق الاخوة غير المعاقين، وكلما كانت الاحوال المالية افضل في الاسرة

كلما كانت افضل استعداد لان نتقبل المساعدات الضرورية من مصادر خارجية. فالاسرة التي تشعر بالامن المالي تعتمد على مصادر رعاية داخل الاسرة حيث تحدث المشكلات المالية ضغطا زائدا، ويمكن ان تقلل من الثبات العام عندما تلقى مطالب زائدة وغير معقولة على افراد الاسرة.

وكذلك فإننا نلحظ العبء الملقى على الاخوة الذين يقومون برعاية اخيهم المريض جسديا بشكل مزمن، وتبين ان الاخوة الذين اثقل عليهم بشكل مفرط ربما يتركون البيت اثناء مرحلة المراهقة ويلاحظ انه يمكن رؤية علامات الاستياء الزائد بين الاخوة في الرعاية الجسدية المتهورة والقاسية.

وفي دراسة كذلك اجريت وجد ان الاطفال غير المعاقين قد عانوا بشكل متكرر من هجمات بدنية غير متوقعة من اخوانهم المعاقين فبعض الاخوة ذوي المرض المزمن يستعبدون الاخوة الاسوياء، كذلك الاخوة المرضى يوجهون اذى لفظي نحو الاخوة غير المعاقين، اساس بسبب الغيرة والحقد. وبشكل عام فانه في الاسر المترابطة ينظر الى رعاية الطفل ذي الاعاقة كمسؤولية مشتركة، وأثناء فترة المراهقة تصبح رغبة الاخوة في قبول الرعاية وتقديمها لأحدهم الاخر مصدرا للصراع.

- هل سيكون الامر سهلا لاختيار شريك الحياة؟ ومن الامور المهمة ايضا والتي تلقي حملا ثقيلا متعلقا بالامر وهو القلق الذي ربما ينتاب الاخوة اذا ما كان زوج او زوجة المستقبل سوف يقبل او يكون قادرا على تحمل الاخ المعاق ايضا.

- هل انا مثل اخي المعاق؟ في بداية الاعاقة ربما ينشغل الاخوة بالامساك بالاعاقة أي معرفة اسبابها ولوحظ ان هذا القلق يتفاقم عندما يعلم الاخةو ان الاعاقة سببها مرض مثل الحصبة الالمانية او غيرها من الامراض المعدية، ومن الامور التي ذكرت ان الاطفال الاسوياء داخل الاسرة كانوا يخشون من ان يصابوا بنفس المرض، كذلك فمرض الاخ يحطم الاساطير التي لدى الاطفال بان الامراض الخطيرة والموت يحدث بتقدم العمر.
- ما هو مستقبلي المهني؟ ربما تتاثر الاهداف الحياتية الاساسية للاخوة غير المعوقين عند وجود طفل ذو اعقة في الاسرة، فقرار مستقبل الاخ المهني ربما يتشكل بالتفاعل مع ورعاية اخ اقل قدرة فالاخوة العاديين يكونوا على علم بردود فعل الاخرين على اخيهم المعاقين، اضافة الى حساسيتهم للعلاقات الاجتماعية. وربما يصبح العمل المستمر لرعاية الاخ ذو الاعاقة ذاتيا خاصة في الاسرة المحبة الرحيمة الى حد انه يؤثر في قرارات اتخاذ المهنة في التجاه الى المهن المساعدة.

مما لا شك فيه أن الإعاقة الجسمية تشكل مشكلة تربوية وتأهيلية خطيرة، إذ ينتج عنها عدم قدرة المصاب على التوافق النفسي والاجتماعي. حيث تؤثر تأثيراً بالغاً على شخصية المصاب والمكونات المعرفية والانفعالية وإمكانات التفاعل الاجتماعي لديه.

فالإعاقة الجسمية بما تفرضه من حدود على إمكانات وقدرات وتفاعلات الفرد تؤثر على مفهومه لذاته وتنتقص من ثقته في نفسه وتشعره بالقلق والعجز، ومن ناحية أخرى فإن الإصابة تؤثر على أساليب تفاعل الأسرة مع الطفل

المعاق جسمياً فقد تلجأ تارة إلى الإنكار وإهمال الطفل، أو تصاب بالقلق والإحساس بالحسرة، أو تلجأ إلى الإشفاق على الطفل وحمايته خوفاً عليه، وبالتالي لا تهتم بعمليات تأهيله تربوياً أو مهنياً مما ينعكس على شخصيته.

ولقد تناول كثير من العلماء والباحثين مفهوم الإعاقة من وجهات نظر مختلفة نظراً لاختلاف مجالات عمل كل منهم، ولاختلاف زواية الرؤية التي نظر كل منهم إلى الإعاقة من خلالها.

- ففي المجال الطبي: ينظر إلى المعوق باعتباره إنسان محدود في القيام بالأعمال الطبيعية بصورة مستمرة من جراء قصور بدني أو حسي أو ذهني، وتنشأ الإعاقة نتيجة لإصابة في الجهاز العصبي المركزي أو الحواس، أو غيرها من أعضاء الجسم نتيجة لمرض طارئ أو عيب وراثي تكويني .. وفي ضوء ذلك فإن الطفل المعوق هو الذي يعاني نقصاً جسمياً أو نفسياً سواء كان خِلقياً أو عند الولادة أم مكتسباً بسبب مرض أو حادث.
- وفي المجال الاجتماعي: يعتبر الفرد معوقاً إذا لم تكن لديه القدرة على الاستجابة لمتطلبات الحياة اليومية في مجتمع معين بصورة عادية.
- وفي المجال الاقتصادي: ينظر إلى الإعاقة من زاوية قدرة الفرد على الحصول على عمل معين والتكسب منه، فالمعوق" فرد تنخفض فرصته في الحصول على عمل ما والاحتفاظ به، نتيجة لنقص في مؤهلاته البدنية أو الفكرية". وحسب إعلان الأمم المتحدة بشأن المعوقين فإن المعوق" هو كل شخص لا يستطيع أن يكفل لنفسه كلياً أو جزيئاً ضرورات الحياة الفردية أو الاجتماعية نتيجة سبب فطري أو غير فطري في قواه الجسمية أو العقلية."

- أما في المجال التربوي: فإنه ينظر إلى الإعاقة من زاوية عدم قدرة المعوق على مسايرة نظم التعليم العادية، وعدم مقدرته على الانجاز والنجاح والمنافسة في الظروف العادية، مما يتطلب ضرورة الكشف المبكر وتشخيص الإعاقة، وضرورة تهيئة ظروف تربوية مناسبة، وإعداد أساليب رعاية تربوية تتفق مع نوع الإعاقة حتى يتمكن الطفل المعاق من اكتساب المهارات اللازمة لممارسة أنشطة الحياة والاندماج في المجتمع بشكل أفضل.