مدي توافر استخدام خدمات المساندة القائمة على العلاج الطبيعي في مدارس التربية الفكرية والمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا

ا.م .د/ حسن حمدي احمد محمد
أستاذ التربية الفنية الطفل المساعد
بكلية التربية النوعية قنا

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من التعرف على الفئات التي تحتاج إلى تجهيزات خاصة بالعلاج الطبيعي، والتعرف على أهم الطرق التقليدية وغير التقليدية في العلاج الطبيعي،والتعرف على مدى فاعلية الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوفرة في معاهد التربية الفكرية بمحافظة قنا ، والتأكيد على أهمية معرفة ما الصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها ، ومعرفة سبل تحسين خدمة العلاج الطبيعي .

وقد حاولت هذه الدراسة الإجابة على تساؤلات الدراسة باستخدام المنهج الوصفي ، اعتمدت الدراسة الميدانية على المقابلة الشخصية غير المقننة ،واستبيان قام الباحث بتصميمه وكتابته عباراته وبعد تحكيمه من قبل بعض المتخصصين وأساتذة التربية وتقدير صدقه وثباته ، حيث أرسلت أداة الدراسة إلى جميع أولئك المهتمين و الذي بلغ مجموعهم (470) أجاب (270) على أداة الدراسة .

وخلصت الدراسة في النهاية إلى نتائج أساسية تفرع عنها مجموعة من التوصيات الفرعية منها :

١. توفير أخصائي علاج طبيعي في مدارس التربية الفكرية لسد الاحتياج القائم.
٢. السعي الحثيث من الجهات المعنية بالاهتمام بالعلاج الطبيعي وإعداد الكوادر البشرية المؤهلة و السعي قدماً لتعزيز هذه الكوادر بتدريبها المستمر وتحقيق مكانتهم المهنية في المجال الطبي و الصحي .
٣. ضرورة الاهتمام بتقديم مواد دراسية في مجال الخدمات المساندة في مرحلة إعداد معلمي التربية الخاصة على مستوى الأقسام الأكاديمية في الجامعات المصرية .
٤. زيادة الوعي المعلمين بأهمية الخدمات المساندة في العلاج الطبيعي وتعريفه بأهميتها وبدورها الحيوي الذي قد تبذله إذا ما وجدت العون والمساعدة للمعاقين فكريا .
٥. التوسع في مراكز الخدمات المساندة المعنية بالمعاقين لتقليص قوائم الانتظار و تمكين جميع المعاقين من الحصول جميع الخدمات والاستفادة من تجارب الدول المتقدمة في مجال العلاج الطبيعي .

الكلمات المفتاحية : الخدمات المساندة– طرق العلاج الطبيعي– مدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة – الإعاقة الفكرية.

مقدمة الدراسة:

لم تعد التربية وتقديم الخدمات التربوية بكل صورها وأشكالها في وقتنا الحاضر مقتصرة على العاديين من بني البشر، ولم يعد التعليم موجهاً لفئة معينة من الناشئة تمثل ذوى القدرات العقلية المرتفعة أو المتوسطة، وإنما امتد هذا التعليم واتسع نطاقه ليشمل جميع فئات المتعلمين،بغض النظر عن مستوياتهم العقلية وقدراتهم الاستيعابية، وذلك إيماناً بتحقيق مبادئ الديمقراطية وتحقيق تكافؤ الفرص في ميدان التربية والتعليم، وترجمة لمبادئ حقوق الإنسان إلى واقع في مجال التعليم.

لقد حظي الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في العقود القليلة الماضية باهتمام واضح تجلى في الاهتمام بتقديم البرامج التربوية الخاصة لهم Special Education Programs، إيماناً بالدور الذي تلعبه تلك البرامج في إكسابهم المهارات اللازمة لتمكينهم من الحياة والعيش باستقلالية ما أمكن ذلك. [1]

ويظهر مدى تضخم حجم ظاهرة الإعاقة الفكرية عالمياً ومحلياً من خلال ما أعلنته منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2007) في عام 2007م من أن هناك ما يقرب من (550) مليون نسمة يعانون من الإعاقات المختلفة (أى بنسبة 10٪ تقريباً من إجمالي سكان العالم، وإن كانت هذه النسبة تزيد فى دول العالم الثالث لتصل إلى 13٪) وفى مصر لا يختلف الحال كثيراً عما هو موجود عالمياً، حيث يوجد ما يقرب من مليوني نسمة يعانون من الإعاقة ال فكرية بدرجاتها وفئاتها المختلفة (World Health Organization, 2007).

وتعتبر الإعاقة الفكرية مشكلة ذات طبيعة خاصة؛ فهي مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد تتداخل بعضها مع البعض الآخر، الأمر الذي يجعل من هذه المشكلة نموذجاً فريداً للدراسة والبحث. (السيد، 2004؛حسين، 2009)

[1] استند الباحث في جميع خطوات البحث إلى دليل النشر الخاص بالجمعية النفسية الأمريكية (APA) American psychological Association

كما تعد الإعاقة الفكرية إحدى الإعاقات، التي تشكل نسبة عالية من فئة ذوي الإعاقة على المستوى العالمي؛ حيث تصل هذه النسبة إلى 3% أي ثلث إجمالي ذوي الإعاقة بصورة عامة.(المحيطب وسليمان ومحمد، 2010)، وفي هذا الصدد فقد أشارت تقديرات منظمة الأمم المتحدة في عام 2014 إلى أن عدد المعاقين في العالم بلغ 153 مليون معاق، منهم 73% في البلدان النامية (مصطفي،2014).

ويحظى ذوو الإعاقة -اليوم - باهتمام بالغ على كافة المستويات الدولية والإقليمية والمحلية، بهدف رعايتهم، والنهوض بتربيتهم، وتحسين ظروف معيشتهم؛ حيث تعد رعاية تلك الفئات أمراً ملحاً تحتمه الضرورة الاجتماعية والإنسانية، ولا يقف الأمر عند حق هؤلاء الأفراد في أن ينالوا الرعاية والاهتمام فحسب، بل يتعدى ذلك إلى حقهم في أن يندمجوا مع الآخرين في المجتمع. (خليفة وسعد، 2008) وهذا الأمر يدفع إلى تكاتف الجهود من أجل الاهتمام بذوي الإعاقة الفكرية وتوفير سبل الرعاية الاجتماعية والتربوية لهم، وتوجيه مزيد من البحوث والدراسات العلمية التى تتناول مشكلاتهم وقضاياهم.

فعلى سبيل المثال وليس الحصر فى كل من "ألمانيا والنمسا وسويسرا" يتم التركيز على الاهتمام بالمعلمين المتخصصين فى التربية الخاصة وسبل إعدادهم للتعامل مع التلاميذ المعاقين فكرياً وتمكينهم من الاستفادة من قدراتهم إلى أقصى حد ممكن، كما يتم الاهتمام بالرعاية النفسية والاجتماعية لهؤلاء التلاميذ داخل مدارسهم (Lauth, G. W. & Weiss, S. R., 2003).

وفى كل من "إنجلترا وفرنسا" يتم الاهتمام بدمج التلاميذ المعاقين فكرياً مع أقرانهم العاديين داخل المدرسة وخارجها، وتوفير سبل الرعاية التربوية والتعليمية في البيئة الطبيعية، وعدم التفرقة في المعاملة بين التلاميذ المعاقين فكرياً وأقرانهم العاديين (Maffre, T. and Others, 2005). وفى كل من "اليابان وبلجيكا" يتم الاهتمام بالتكنولوجيا المساعدة فى التعليم والتعلم وتوفيرها للتلاميذ المعاقين فكرياً فى مدارسهم،

كما يتم التركيز على إكساب هؤلاء التلاميذ جوانب الأخلاق والقيم والاهتمام بالتربية البدنية والنمو الجسمي السليم والجوانب الصحية (Martenz, E.H., 2003).

كما تبلور هذا الاهتمام بالمعاقين فكرياً في مصر من خلال التوسع في إنشاء مدارس التربية الفكرية وأيضاً زيادة عدد فصول التربية الفكرية الملحقة على المدارس العادية ليصل إجمالي عدد هذه المدارس وتلك الفصول فى عام 2006م إلى حوالي (90) مدرسة و(210) فصل ملحق موزعة على مختلف محافظات الجمهورية (وزارة التربية والتعليم، 2006م)، وإن كان هذا التوزيع يعيبه التركيز على مناطق ومحافظات معينة من الجمهورية دون أخرى، ونظراً لما تحتاجه تلك البرامج التربوية الخاصة من دعم ومساندة لتعزيز دورها وجعل استفادة هؤلاء الأفراد من تلك البرامج فاعلاً، ظهرت خدمات أخرى لتؤدي هذا الدور وهي ما يعرف بالخدمات المساندة Related Services والتي يمكن تعريفها بأنها خدمات داعمة للبرامج التربوية الخاصة المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، وتشمل الخدمات الصحية، والنفسية، والإرشادية المدرسية، وخدمة النطق والكلام وخدمة العلاج الطبيعي والوظيفي وخدمة النقل والتنقل وخدمة النشاط الترويجي وخدمة التعرف والكشف المبكر.(القريني،2007)

ومن هذا المنطلق فإن مدارس التربية الفكرية فى مصر تحتاج إلى تطوير مستمر فى عناصرها المختلفة وفى خدماتها التربوية التى تقدمها لتلاميذها المعاقين فكرياً، خاصة وأن بعض الدراسات السابقة أثبتت أن هذه المدارس توجد بها العديد من المشكلات وجوانب القصور مثل دراسة (أحمد جابر، وخالد عواد ،2004)

ودراسة (إبراهيم ، 2006م)أظهرت أن هناك قصور عام فى الخدمات التعليمية والصحية والتأهيلية والترفيهية المقدمة للأفراد المعاقين فكرياً فى المجتمع عامة وفى مدارسهم خاصة وعدم تغطية هذه الخدمات إلا لنسبة ضئيلة من المستحقين لها، بجانب ضعف مكونات وبرامج التأهيل ال طبيعي المهني بمدارس التربية الخاصة في مصر بشكل لا يضمن التشغيل المناسب للفرد المعاق بعد تخرجه من المدرسة وحصوله على شهادة التأهيل.

ودراسة " مصيلحى، 2003م" أكدت على أن الأبنية التعليمية بمدارس التربية الخاصة فى مصر– ومن بينها مدارس التربية الفكرية– تعانى من ضعف الإمكانيات فى هذه الأبنية وما تشمله من حجرات وفصول وورش وما تحويه من أثاث وتجهيزات غير كافية، فضلاً عن غياب بعض الشروط والمعايير التربوية والصحية فى هذه الأبنية مما يؤدى إلى عدم تحقيق هذه المدارس لبعض أهدافها فى المجتمع المصري.

فضلاً عن عدم حصول هؤلاء المعاقين على بعض حقوقهم مقارنة بأقرانهم العاديين. وسوف نتناول في هذه الدراسة «مدى توفر خدمات المساندة من علاج طبيعي بمؤسسات التعليم بمحافظة قنا » من خلال التعرف على رأي المعلمين والمهتمين في مدارس «الفكرية » في مدينة قنا حول مدى فاعلية العلاج الطبيعي والصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي وسبل تحسينها.

مشكلة الدراسة:

ومما يزيد من الإحساس بمشكلة الدراسة الحالية ما تشير إليه "الإحصاءات الرسمية" من أن نسبة الإعاقة الفكرية فى المجتمع المصري تقترب من 3٪ من سكان مصر، أي أن هناك ما يقرب من (2.2) مليون نسمة يعانون من إعاقات فكرية مختلفة سواء كانت بسيطة أو متوسطة أو شديدة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2006م). وبالرغم من ذلك فإن مدارس التربية الفكرية– وعلى الرغم من كونها المؤسسة المجتمعية المسئولة عن تربية المعاقين فكرياً وتعليمهم– لا تستوعب فى صفوفها أكثر من 10٪ من مجموع المعاقين فكرياً فى مصر، والنسبة الباقية 90٪) تتولى رعايتها أما وزارة التضامن الاجتماعي أو الجمعيات والمؤسسات الخيرية والأهلية (وزارة التربية والتعليم، الإدارة العامة للتربية الخاصة، 2006م).

وقد تجمعت أركان مشكلة الدراسة الحالية في ضوء ما انتهت إليه البحوث والدراسات السابقة والتي توصلت إلى أن برنامج التربية الفكرية مثلها مثل بقية برامج التربية الخاصة في مصر تعانى عديد من الصعوبات وجوانب القصور من بينها: قصور الخدمات التعليمية والصحية والتأهيلية والترفيهية لمدارس التربية الفكرية، وعدم

تغطيتها إلا لنسبة قليلة من المستحقين لها فى المجتمع المصري، وقد ظهر ذلك واضحاً فى دراسة " أحمد و، صابر 2004م"؛ ضعف دور كل من الإخصائى الاجتماعي والإخصائى النفسي فى مدارس التربية الفكرية فى مساعدة التلاميذ المعاقين فكرياً على مواجهة ما يوجد لديهم من مشكلات سلوكية واجتماعية ونفسية، والتغلب عليها قدر الإمكان ؛ وقد ظهر ذلك فى دراسات مبارك 2000م، وعبد اللاه 2001م؛ القصاص 2004م"، وتشير "التقارير النهائية لمؤتمرات تطوير التعليم فى مصر" فى السنوات الأخيرة إلى أن إصلاح التعليم في مصر بكافة مراحله ونوعياته، وعلاج ما يواجهه من مشكلات وجوانب قصور تمثل تحدياً خطيراً يتطلب تطويراً شاملاً في الشكل والجوهر لكل مؤسسات التعليم، وأن المشروع القومي في السنوات القادمة هو موضوع إصلاح التعليم، كما أن هناك دعوة مستمرة من الجهات المسئولة عن تربية المعاقين فكرياً فى مصر ممثلة بوزارة التربية والتعليم والإدارة العامة للتربية الخاصة إلى ضرورة تطوير جوانب تربية المعاقين فكرياً.

على الرغم من أهمية دور العلاج الطبيعي بين معلمي التعليم العام والتربية الخاصة لتقديم الخدمات التعليمية للتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية بجودة عالية، وتسهيل عملية دمجهم في المدارس العادية مع اقرأنهم العاديين ،ألا أن المتأمل في الدراسات العربية في مجال التربية الخاصة يجد إن هناك قصورا واضحا في هذا المجال، وان هناك حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات التي تفحص واقع الخدمات المساندة و بين المهنيين ذوي العلاقة بالتربية الخاصة (القريني، 2015) .

وإن اتخاذ القرار المهني يشكل محورًا أساسيًا في مستقبل الفرد من ذوي الإعاقة حيث أن الوظيفة لا تتوقف على الآمال والتطلعات والرغبات فقط بل لابد وأن يتسق مع القدرات والفرص المتاحة في المجتمع. وقد أشار أوكس وروسلر (Ochs and) Roessler إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يظهرون نتائج أقل بكثير من أقرانهم في التعليم العام على مستوى اتخاذ القرارات المهنية والكفاءة الذاتية والهوية المهنية وتوجهات استكشاف الوظيفة،كما تمت الإشارة إلى أنهم يعتمدون بشكل مفرط على

الآخرين في اتخاذ القرارات المهنية ولديهم معرفة محدودة عن واجبات الوظيفة وظروف العمل، وقد أظهرت الدراسات النظرية والتجريبية أنعدم النضج الوظيفي يدل على عدم وضوح الشخص فيما يتعلق بالأهداف والرغبات ،ووجد أيضا ان لديهم ثقة منخفضة في القدرة على اتخاذ القرارات المهنية وتحقيق أهداف التعليم والتدريب المهني، والتوجهات ضعيفة لمتابعة الطموحات والخطط المهنية (Ochs &Roessler 2001).

يقدم المعالج الطبيعي بالمعاهد الفكرية أساسًا خدمة لجميع المتعلمين بما فيهم الطلاب ذوي الإعاقة لدفعهم ليكونوا أشخاص منتجين في مجتمعاتهم وتقع المسؤولية على عاتق المدارس ويسفر عن التعاون بين المرشدين والمعلمين تعزيزًا للنجاح (Murugami&Nel,2012)؛ وبالإضافة لكون خدمات العلاج المهني الطبيعي لذوي الإعاقة الفكرية يساعدهم في اتخاذ قرار للاستقرار للوظيفة المستقبلية فهو أيضا يكون حلقة وصل بين ما يطرح في سوق العمل من وظائف وبرامج تدريب علاجية وبين الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية في برامج التربية الفكرية،ولضمان انتقال الطفل من ذوي الإعاقة الفكرية من المراحل الدراسية إلى التدريب المهني وصولا إلى عمل يوفر له نوعية حياة أفضل ويجعله فاعلاً وتساوى فرصة في العمل تلك التي تكون لغيره.

من هنا تأتي هذه الدراسة لتؤكد على أهمية وضرورة تأهيل الطفل المعوق لتمكين الأفراد المعوقين وفي هذا الإطار برامج الخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة يجد أن العلاج الطبيعي من ضمنها ولا تقل أهمية عن باقي الخدمات ولكن في الواقع لا نرى تفعيل هذه الخدمة بالشكل المطلوب واستناداً على ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

١.من الفئات التي تحتاج إلى تجهيزات خاصة بالعلاج الطبيعي؟
٢.ما الطرق التقليدية وغير التقليدية في العلاج الطبيعي؟
٣.مدى فاعلية الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوفرة في معاهد التربية الفكرية بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها؟

٤. ما الصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها
٥. ما سبل تحسين خدمة العلاج الطبيعي من وجهة نظر العاملين بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة ؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. التعرف على الفئات التي تحتاج إلى تجهيزات خاصة بالعلاج الطبيعي.
٢. التعرف على أهم الطرق التقليدية وغير التقليدية في العلاج الطبيعي.
٣. التعرف على مدى فاعلية الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوفرة في معاهد التربية الفكرية بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها.
٤. التأكيد على أهمية معرفة ما الصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها .
٥. معرفة سبل تحسين خدمة العلاج الطبيعي من وجهة نظر العاملين بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة .

أهمية الدراسة:

تعود أهمية هذه الدراسة إلى جملة من النقاط من أهمها :

١. إن أي مجتمع مهما كانت مقوماته وإمكانياته لابد وأن يعاني من مشكلة الإعاقة ، وأن هناك ما نسبته 10 % من مجموع السكان في أي مجتمع يعانون من مشكلة الإعاقة ، إننا لو حاولنا تطبيق هذه النسبة على مجتمع المصري فإننا قد نصل إلى عدد كبير يحتاج منا إلى وقفة تأمل وعلى الرغم من أن المشروع التأهيل وإعادة التأهيل داخل المجتمع قد وصل إلى نتيجة مفادها إلى وجود 8.33 % من بين عينة الدراسة من الأطفال يعانون من إعاقات ثانوية ورئيسية ، شملت الإعاقة الجسمية والإعاقة الفكرية وغيرها.
٢. إن ما نسبته 97 % تقريباً من فئات المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة هم من فئة القابلين للتعلم والتأهيل وأن ما نسبته 5 % فقط هم من فئة الاعتماديين الأمر الذي يعني أن توفير الخدمات والبرامج التربوية والتأهيلية سوف يكون لها تأثيرات إيجابية وستعود بالفائدة على غالبية المعوقين وأسرهم ومجتمعهم .
٣. إن المجتمعات وباختلاف دوافعها تبذل الكثير من المقدرات والإمكانات والجهود لتوفير فرص التعليم والتأهيل للمعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الأمر الذي يدفع إلى التساؤل حول الاتجاه الذي تقودنا إليه هذه البرامج وما هو الهدف منها وما هي النتائج المتوقعة منها وهل أن الاستثمار في هذا المجال يمكن أن يعود بالنفع على المجتمع وعلى خطط وبرامج التنمية فيه .
٤. تكمن أهمية هذه الدراسة فيما لمسناه من قلة الدراسات في مجال الخدمات المساندة بشكل عام «العلاج الطبيعي» بشكل خاص الموجهة الأطفال بمعاهد ذوى التربية الفكرية والجمعيات ذات الصلة في مدينة قنا وعرض لأحدث الطرق في العلاج الطبيعي وأكثرها فعالية من خلال استعراض الدراسات

السابقة ومقابلة أخصائي التأهيل العلاج الطبيعي في بعض الأماكن التي تقدم خدمة العلاج الطبيعي.

حدود الدراسة:

أ) الحدود المكانية:اقتصر تطبيق هذه الدراسة بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا.

ب) الحدود الزمانية :تم تطبيق هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2014-2015م.

ج) الحدود الموضوعية: شملت الدراسة جميع العاملين بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا.

مصطلحات الدراسة:

الإعاقة الفكرية: توصف الإعاقة الفكرية بذلك القصور الواضح في الأداء الوظيفي الفكري، وكذلك في السلوك التكيفي الذي يظهر في المهارات التكيفية المفاهيمية، والعملية الاجتماعية، وهذه الإعاقة تحدث قبل سن الثامنة عشر. (Schalock, et al., 2012) وهو التعريف الذي تبناه الباحث.

والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية:هما لأطفال و الملتحقين بمعاهد وبرامج التربية الفكرية الحكومية والأهلية والجمعيات الخيرية بمدينة قنا.

مدارس التربية الفكرية: حدد كل من القرار الوزاري رقم (156) لسنة 1969م والقرار الوزاري رقم (37) لسنة 1990م (والصادرين فى شأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة) مفهوم مدارس التربية الفكرية بأنها تلك المدارس التي تقوم بتعليم التلاميذ المعاقين فكرياً وهى تابعة لإشراف إدارة التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم، ويقبل بهذه المدارس الأطفال الذين تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 50 إلى 75 درجة، على ألا يكون لدى المقبولين إعاقات أخرى وأن يتوفر فيهم شرط الاستقرار النفسي،وإن كان يلاحظ على هذه المدارس أنها تضم أحياناً تلاميذ معاقين فكرياً ينتمون إلى مستويات ذكاء أقل مما هو محدد فى شروط القبول بها.

هي تلك المؤسسات التربوية التي تقدم خدماتها التعليمية والتدريبية للتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية بمعزل عن المدارس العادية وتشرف عليها مديرية التربية والتعليم التابعة لوزارة التربية والتعليم بجمهورية مصر العربية.

الخدمات المساندة: عرف الخطيب وآخرون (2001)، الخدمات المساندة بأنها" جميع الخدمات التي يحتاج إليها المعوقون ليتسنى لهم الإفادة من التربية الخاصة. وتتضمن هذه الخدمات توفير المواصلات، والخ دمات النمائية والتصحيحية مثل (العلاج الطبيعي والوظيفي ، والعلاج الترويحي، والخدمات الصحية، و العلاج بالفن ...الخ) (القريني ،2015)

التعريف الإجرائي :هي البرامج التي تكون في طبيعتها الأساسية غير تربوية، ولكنها ضرورية للنمو التربوي للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية مثل الخدمات (الصحية، النفسية، الإرشادية) المدرسية وخدمات العلاج الطبيعي والوظيفي وخدمة النقل والتنقل وخدمة النشاط الترويجي وخدمة التعرف والكشف المبكر.

العلاج الطبيعي: يعرف وائل مسعود (2009) مفهوم خدمة العلاج الطبيعي بأنه فن وعلم يسهم في تخفيف آثار الإصابة الحركية وتشتمل هذه الخدمة على التقييم والعلاج والإدارة والإشراف لخدمات العلاج الطبيعي.

التعريف الإجرائي لمفهوم العلاج الطبيعي «بأنها تلك الخدمة التي تقدم من قبل أخصائي العلاج الطبيعي الذي يخطط وينفذ برنامج العلاج الطبيعي للتلاميذ المحولين للعلاج من أجل تأهيل وإعادة تأهيل الوظائف الحركية والمحافظة عليها، وتخفيف الألم، ومنع حدوث التشوهات أو العجز كلما أمكن ذلك»

الإطار النظري للدراسة

مفهوم الخدمات المساندة:

تعتبر الخدمات المساندة Support Services إحدى الآليات التي تعبر عن فلسفة ومفهوم الخدمات ذات العلاقة بالتربية الخاصة والمصطلح عليها باللغة الإنجليزيةRelated Services وهكذا فإن مصطلح الخدمات المساندة يشترك مع غيره من المصطلحات الأخرى كمصطلح الخدمات الإضافية Ancillary Services ومصطلح الخدمات المشتركة Alled Services بالإضافة إلى مصطلح الخدمات المساعدة Assistant Services في التعبير عن نفس المضمون والغاية التي تسعى لها فلسفة الخدمات ذات العلاقة بالتربية الخاصة، فالخدمات المساندة تعني العملية الشاملة المنسقة لتوظيف الأنشطة اللاصفية والخدمات الطبية والنفسية والتربوية والمهنية المساعدة للطالب المعاق في تحقيق أقصى درجة ممكنة من الفاعلية الوظيفية بهدف تنميته في شتى جوانب النمو المختلفة لتمكينه من التوافق مع متطلبات بيئته الطبيعية للاعتماد على نفسه وجعله عضواً منتجاً في المجتمع .(الوابلي،1996)

وتشمل الخدمات المساندة ما يلي :

1- العلاج الطبيعي: (Physical Therapy)

2- العلاج الترويحي : (Recreational Therapy)

3- التربية الفنية الخاصة: (Art Education Special)

مهام ومسئوليات القائم بعمل الخدمات المساندة:

تعريف :- رئيس قسم الخدمات المساندة هو المسئول عن متابعه جميع الأمور المتعلقة بالخدمات المساندة والمدونة بنودها أدناه والمكلف بها من مدير الشئون الإدارية والموارد البشرية ويكون المسئولين اتجاهه جميع العاملين بقسم الخدمات المساندة ومتابعه ملف السيارات المملوكة والمستأجرة من حيث (الفحص الدوري وتجديد الاستمارات ، والحوادث و المسئولية تجاه متطلبات وأعمال الصيانة

لمباني و الخدمات المقدمة لها(مبنى الإدارة – سكن– أجهزه ،والبحث عن أفضل الأسعار فيما يخص الخدمات المساندة والتي تقدم لصالح المؤسسة (احتفالات – مناسبات) ،-متابعه أعمال مراقبي الدوام و الحراسات الأمنية بالمشاريع ، ومتابعه أعمال موظفي الاستقبال و سائقي الخدمات و عمال البوفيه ، متابعه إنهاء ما يتعلق بالدوائر الحكومية) ، متابعه تصديق الخطابات ، متابعه التقديم على تأشيرات العمل ومتابعه إصدارها .(القريني،2007)

مقدمة تاريخية عن العلاج الطبيعي:

يعتبر العلاج الطبيعي قديماً، فقد كان يبحث في المصادر المتاحة له والمتوفرة لديه عما يخفف من الآمة ومشاكله الصحية مثل (ينابيع المياه الحارة أو أشعة الشمس وكان البعض يلجأ ون إلى دفن الأطراف أو الجسم كاملاً في الرمال الساخنة ليتخلصوا من آلامهم) ومع التطور استخدم الإنسان الكثير من المصادر الطبيعية وسخرها بالشكل الذي يريده.

كما أن العلاج الطبيعي لم يظهر فجأة، فقد ورد في الأساطير الإلياذة والأوديسيا أن النساء الإغريقيات كن يعالجن المحاربين بما توافر لديهم من أساليب طبيعية لتخفيف مشاكلهم العضلية والصحية.

بعد ذلك ومع التطور ظهر العلاج الطبيعي كتخصص مستقل بعد الحرب العالمية الثانية، ونتيجة ما خلفته من انتشار الإصابات والإعاقات بالإضافة إلى شلل الأطفال وما نتج عن ذلك من إعاقات في صفوف الشباب،وأصبح هذا التخصص الطبي يستخدم لعلاج المرضى الذين يعانون من أمراض شتى مثل الكسور والحروق والدرن وآلام الظهر والسكتات الدماغية وإصابات الأعصاب والحبل ألشوكي والتشوهات الخلقية والتهاب المفاصل وإعاقات الرؤية والنطق.(اسماعيل ،2006)

وحسب رأي روبرت شيستاك (Robert Shestack) في كتابة (Physical) Therapy Hand Book of فإن العلاج الطبيعي يعرف الآن

على أنه الأحدث والأقدم في مجال الطب الممارس في آن واحد، يعتبر الأحدث لأنه بدأ فقط خلال الثلاثين إلى الأربعين سنة الماضية يصبح مميزاً وجزءًا مكملاً للمعالجة المنتظمة، أما الأقدم فلأن الرجل البدائي الذي استلقى تحت أشعة الشمس ليستفيد من تأثيرها المعقم والحراري كان يمارس ما يعرف في وقتنا الحاضر بالعلاج المناخي (Helio Therqpy) وكذلك الرجل الأول الذي عمل حماماً مائياً لجرحه في روافد أحد الأنهار لإزالة الألم كان يمارس العلاج المائي (Hydro- Therapy) (يوسف ،2003).

أ الفئات التي تحتاج إلى الخدمات المساندة (خاصة للعلاج الطبيعي) :

قد تختلف فئات الأشخاص المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى أجهزة وتجهيزات خاصة بالعلاج الطبيعي وفقاً لنوع العجز ودرجته ، إلا أن جميع الفئات تشترك في خاصية واحدة هي وجود عائق يعيقهم عن الحركة والتنقل – وجودة الحياة والتعايش ، من هنا فإنه يتوجب الإشارة إلى الفئات مدار البحث والتعريف بها باختصار وهي :

أولاً : الإعاقات الجسمية Physical Handicaps

الإعاقات الجسمية بأنها مجموعة الحالات التي يمكن أن تصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل حياته (وراثية ، إثناء وبعد الولادة ، مكتسبة) ، ينتج عنها خلل في قدرات الفرد الوظيفية وتعيقه عن ممارسة أنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل وتتطلب برامج وخدمات تأهيلية خاصة(مسعود ، 2002).

كما وقام السرطاوي والصمادي (1998) بتعريف المعوقين جسمياً بأنهم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلى عدم حضورهم إلى المدرسة أو أنه لا يمكنهم من التعلم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة .

نلاحظ من التعريفين السابقين بأن أهم المعايير التي تتحدد من خلالها الإعاقات الجسمية تكمن في منع المصابين من الحركة والقيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل ، الأمر الذي يترتب عليه حاجتهم خدمات تأهيلية طبية ونفسية وتربوية ومهنية خاصة .

وتصنف أدبيات التربية الخاصة الإعاقات الجسمية إلى الأصناف الثلاثة التالية :

1 – إصابات الجهاز العصبي : Neurological Impairment

ومن أهم الإصابات التي تنتج عن إصابة الجهاز العصبي التالية :

١. حالات الشلل الدماغي بأنواعها التشنجي (Spastic) والتخبطي (Athetosis) وغير التوازني (Ataxia) والتيبسي (Rigidity) والمختلط (Mixed c.p.) . إن الإصابة بالشلل الدماغي قد تؤدي إلى إمكانية الإصابة بإعاقات أخرى كالتخلف العقلي ، الصرع ، إعاقة سمعية ، إعاقة بصرية ، اضطرابات في النطق واللغة . (مسعود،2009)
٢. إصابات الحبل الشوكي ، حيث يتفاوت مستوى العجز الناتج حسب موقع الإصابة ، فكلما اقتربت الإصابة من منطقة المخ كلما كانت درجة تأثيرها أعمق وأكبر على قدرات الشخص الجسمية والحركية والوظيفية ، وغالباً ما ينتج عن هذه الإصابات حالات شلل منها الشلل الرباعي أو الثلاثي أو الأحادي أو السفلي ويمثل هذا النوع من الإصابات مشكلة أساسية في المملكة العربية السعودية حيث تشير بعض الدراسات إلى إصابة ما يقرب من عشرة آلاف إصابة نتيجة لحوادث السيارات (الطريقي ، 1420هـ).
٣. إصابات العمود الفقري المفتوح (Spina Bifida) وهي حالات تشوه ولأدي تؤدي إلى حالات شلل أو استسقاء دماغي أو تشوهات في العظام ... الخ .(الشراح،2001)
٤. شلل الأطفال Poliomyelitis وهي حالة تؤدي إلى تعطل وظائف الخلايا الحركية .

٥. الاستسقاء الدماغي Hydrocephalus وهي من الإصابات الشديدة التي قد يصاحبها إعاقات أخرى . (الخطيب،1998)

٦. الصرع Epilepsy وهي اضطراب مؤقت يصيب الإنسان ويسبب زيادة مفرطة في الحركة العصبية في الدماغ . وينقسم إلى ثلاثة أنواع هي الصرع الأكبر والصرع الأصغر والصرع النفسي الحركي .(ابو النصر،2000)

2 – إصابات الجهاز العظمي : Muscular Impairment

تختلف إصابات الجهاز العظمي حسب موقع الإصابة وشدتها ومن أهمها ما يلي : (مسعود،2002)

١. إصابات الجمجمة .

٢. إصابات العمود الفقري (انحرافات العمود الفقري الأمامية ، الجانبية والخلفية) .

٣. إصابات الأطراف العلوية والسفلية (البتر والتشوهات) .

٤. هشاشة العظام والتهاب المفاصل .

٥. خلع الورك الولادي .

3 – إصابات الجهاز العضلي : Skeletal Impairment

تصنف إلى نوعين رئيسيين هما إصابات العضلات الإرادية وإصابات العضلات اللاارداية وتشمل التالية : (مسعود،2009)

١. الحثل العضلي (ضمور وانحلال العضلات) Mascular Dystrophy

٢. الضمور العضلي ألشوكي Spinal Mascular Atroph

٣. الوهن العضلي Myasthenia Gravis

ثانيا : حالات الإعاقة الفكرية الشديد :

بأنها: إعاقة حادة ومزمنة ترجع للإعاقات النمائية، أو جسدي، أو مجموعة من هذه العلل؛ تحدث قبل أن يبلغ الفرد عمر الثانية والعشرين، ويحتمل أن تستمر إلى أمد غير محدد؛ وتؤدي إلى قيود وظيفية مؤثرة في ثلاثة، أو أكثر من المجالات التالية للنشاط الحياتي الرئيس: (1) الاعتناء بالذات، (2) اللغة الاستقبالية والتعبيرية، (3) التعلم، (4) القدرة على الحركة، (5) توجيه الذات، (6) القدرة على المعيشة المستقلة، (7) الاكتفاء الذاتي الاقتصادي؛ وتعكس حاجة الفرد إلى مجموعة من الخدمات الخاصة، أو القائمة على تداخل التخصصات، أو العامة وأشكال الدعم الفردي، أو غيرها من الأشكال الأخرى من المساعدة مدى الحياة، أو طويلة المدى والتي تخطط وتنسق فرديًا..

ويتبنى الباحث تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية American Association on Intellectual and Developmental Disabilities لعام 2008 الإعاقة الفكرية بأنها" تتميز بانخفاض شديد في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي الذين تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية والتكيفية العملية ، وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره" ، وتتمثل المهارات المفاهيمية في: اللغة والقراءة والكتابة، والوقت ، النقود، الأعداد، والتوجيه الذاتي، المهارات العملية فهي: مهارات الحياة اليومية(العناية بالذات)، المهارات المهنية، الرعاية الصحية، السفر والتنقل، السلامة العامة، وتعتبر الإعاقة الفكرية الشديدة والاعتمادية من الفئات التي تتأثر قدراتها الحركية والجسمية إضافة إلى أنها قد تعاني من إعاقات مصاحبة كالإعاقات الحسية والسلوكية والجسمية والنطقية واللغوية (جمال الخطيب، 2010، ص 114).

ثالثا: الأطفال متعددي الإعاقة Multi handicapped children

تعريف متعددي الإعاقة :عرفت جمعية ذوي الإعاقات الشديدة (The Association for Persons with Sever Handicaps) TASH متعددي الإعاقة بأنهم "الأفراد

من كافة الأعمار الزمنية، والذين يحتاجون إلى دعم مستمرٍ ومكثف في أكثر من نشاط حياتي رئيسي؛ من أجل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية التكاملية، وللاستمتاع بالمستوى المعيشي المتوفر لأفراد المجتمع ممن يعانون من إعاقات أقل أو أكثر" (أبو النصر ،2000)

خصائص الأطفال متعددي الإعاقة (إعاقة عقلية – صمم)

من العرض السابق يتبن لنا إن أهم خصائص الأطفال متعددي الإعاقة ما يلى:

١ -يتسم الأطفال متعددي الإعاقة (إعاقة عقلية – صمم) بوجود اضطرابات دالة فى كثير القدرات والمهارات والتي تؤثر على العمليات الحيوية فى أقامة علاقة بالآخرين.

٢ – يتسم الأطفال متعددي الإعاقة كذلك بوجود اضطرابات فى بعض مجالات النمو وخاصة الحركية والحسية وعمليات التآزر وأدراك المعنى والتواصل الاجتماعي مع الآخرين .

٣ – يتأخر الأطفال متعددي الإعاقة عن الأطفال العاديين بفارق كبير فى كافة مجالات النمو.

٤ – يتميز الأطفال متعددي الإعاقة بالانسحاب والعزلة والانخراط فى أنماط حركية تكرارية كما يتميزوا بالعنف والحركة الزائدة .

٥ – يتميز متعددي الإعاقة بعدم قدرتهم على رعاية أنفسهم على نحو مقبول وعدم القدرة على التحكم أو الضبط للانفعالات والتي يعبر عنها بصورة طفلية حادة.

Heward, W & Orlansky. M. 1992 : 421- 422)

ب طبيعة الأدوار والمهام التي تقع على عاتق الأخصائي الطبيعي:

أما فيما يتعلق بطبيعية الأدوار والمهام التي تقع على عاتق أخصائي العلاج الطبيعي عند تقديم خدماته للتلاميذ ذوي التخلف العقلي، فقد أشار قانون تربية الأفراد الذين لديهم إعاقات (IDEA,1997) إلى بعض تلك المهام ومنها دوره في توفير المعالجة لزيادة عمل ومشاركة المفاصل وتقوية العضلات لتتمكن من القدرة على

التحمل، والعمل على تنمية مهارات التحرك الكلي التي تعتمد على العضلات الكبيرة في الجسم والمساعدة في تحسين الوقفة والمشية لدى هؤلاء التلاميذ، إضافة إلى دوره في تحديد طبيعة الأجهزة التعويضية أو المعينات الحركية التي يحتاجها التلميذ لمواجهة جوانب القصور الحركي لديه.

ويضيف دن (Dunn, 1991) أن تلك المهام التي يضطلع بها أخصائي العلاج الطبيعي مع هؤلاء التلاميذ تتركز في تقييم الحالة المرضية لكل تلميذ من خلال نتائج الاختبارات والمقاييس بغرض وضع خطة علاجية مناسبة تتضمن الوسائل العلاجية المستخدمة والأهداف المتوخاة من العلاج المقترح وتنفيذ الخطة العلاجية لكل تلميذ ومراجعتها كل فترة حسب طبيعة الحالة وتطوير تلك الخطة بما يتفق مع تقدم الحالة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة، ومناقشة حالة التلميذ مع الطبيب المختص، إضافة إلى تسجيل جميع البيانات ونتائج الاختبارات وما يطرأ على حالة التلميذ من تغير وإرشاد وتعليم التلميذ وأسرته إلى كيفية اتباع طريقة العلاج الطبيعي وتطبيقه بطريقة سليمة بالمنزل.

كماي رى كل من نيل وبجباي وريبكا (Neal, Bigby & Rebecca, 2004) أن أخصائي العلاج الطبيعي يعمل على تقديم خدمات عديدة للتلاميذ الذين يعانون من مشاكل حركية ومنها تدريبهم على المشي حتى يتمكنوا من إتقان المشي الوظيفي والذي يمكنهم من الانتقال ضمن البيئة التربوية، والعمل على تنمية مهارات حركة التنقل لديهم مما يساعدهم على النجاح في ممارسة المهارات اللازمة كالجلوس على الكرسي، أو المهارات الأساسية للحياة اليومية كاستخدام الحمام مثلاً.

إضافة إلى تقديم التوصيات للأسرة التي تشارك في التدريب لاستخدام المواد، والمعينات الموصى بها من قبل أخصائي العلاج الطبيعي للوصول من خلالها إلى الاستقلالية قدر الإمكان سواء في البيئة المنزلية أو حتى المجتمع المحلي. (تركي القريني ،2007).

ج- أساليب العلاج الطبيعي:

العلاج الطبيعي يتم بأساليب متعددة ، ولكنها ترتكز على أساسين مهمين:

الحركة الموجبة : وهو ما يقوم به الطفل نفسه.

الحركة السالبة :وهي الحركات التي يقوم بها المعالج لتحريك العضلات

هذه النشاطات العضلية تؤدي إلى زيادة قوة العضلات ومن ثم زيادة القدرات الحركية، ومع كل زيادة في المهارات تزداد ثقة الطفل في نفسه كما يزيد تواصله مع المجتمع من حوله، لذلك يجب تشجيعه في كل نجاح يؤديه وعدم اليأس من فشل المحاولة، والكثير من الألعاب قد كيفت (تم تغييرها) ليقوم المعاقين بالمشاركة فيها . ويعتبر العلاج الطبيعي من الوسائل التي تساعد الطفل على استخدام عضلاته المعطلة، ويستخدم في ذلك العلاج بالحمامات المائية ، الكهرباء والتدليك ، التمرينات البدنية .(يوسف ،2003)

ملخص ما يقوم به أخصائي العلاج الطبيعي :

يقوم أخصائي العلاج الطبيعي بدراسة حالة الطفل من خلال ما يلي:

- تقييم مستوى التوتر العضلي ، وتقييم الأنماط الحركية وردود الفعل التوازنية ، تقييم القدرات الجسدية ومن ثم التعامل معها لتحسين الوضع الجسمي والقدرات الحركية الكبرى.
- استعادة مجال حركة المفصل والاحتفاظ به من خلال الحركة والتمرين ،وتقييم طول العضلة و إنجاز تمرينات التمدد وحركة الألياف الطرية لتعزيز العضلة و،تنفيذ التقويم الخاص بقوة الحركة،وتقييم التوازن والتدريب على الجلوس والوقوف والمشي.
- إعطاء التمرينات الخاصة بهدف زيادة القوة والتحمل والتنسيق لمجموعة محددة من العضلات او الجسم كله،وتقدير احتياج الطفل للأجهزة المساعدة.(مسعود،2009)

د- الدراسات التي اهتمت بخدمة العلاج الطبيعي بمدارس التربية الفكرية :

تأتى مدارس التربية الفكرية فى مقدمة المؤسسات التعليمية والمجتمعية فى مصر المختصة بتنشئة الأطفال المعاقين فكريا وتوفير التعليم المناسب لهم بما يساعدهم على النمو المتكامل، وتعتبر هذه المدارس بالنسبة للطفل المعاق فكريا بداية

التواصل مع العالم الخارجي والحياة خارج نطاق الأسرة، ومن خلالها وأثناء فترة الدراسة – من المفترض – أن يتأثر الطفل بما يوجد فى البيئة المدرسية من فناء وملاعب وحجرات دراسة ورفقاء فى الفصل وأنشطة مدرسية ومناهج ومعلمين وإدارة مدرسية وغير ذلك كثير، وعن طريق هذه المدارس يمكن أن يكتسب الطفل المعاق عقلياً جوانب التفكير والسلوك الإيجابي كما يتم تنمية قدراته وتزويده بمهارات حياتية تساعده على الحياة بنجاح فى المجتمع المحيط به والتكيف معه والمشاركة فى أنشطته المختلفة.

لقد أكدت الكثير من الدول في تشريعاتها المعنية بالأفراد الذين لديهم إعاقات على ضرورة وجود خدمات تساند العملية التعليمية الموجهة للتلاميذ ذوي الإعاقات المختلفة بما فيهم التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، حيث تشكل تلك الخدمة محورًا أساسياً بل ضرورياً في فاعلية العملية التعليمية، إن توفر مثل تلك الخدمة ضمن الفعاليات المدرسية وبرامج المعوقين كل حسب حاجته تعتبر من الأولويات التي ينبغي أن تؤكد عليها الأنظمة والقوانين التربوية، وبذلك نجد أن الكثير من التشريعات والقوانين، كالقانون العام الأمريكي رقم 142/94 التربية لجميع الأطفال المعوقين الصادر عام 1975م، وكذلك قانون IDEA الصادر عام 1997م، وغيرها قد نصت على مجال الخدمات المساندة ومدى فاعليتها بشكل عام والعلاج الطبيعي بشكل خاص.

قام أندرسن (Anderson, 1982) بإجراء دراسة هدفت لمعرفة مدى فاعلية الخدمات المساندة في دعم استفادة التلاميذ الذين لديهم إعاقات ومن ضمنهم التلاميذ ذوي التخلف العقلي من البرامج التربوية الخاصة المقدمة لهم، ضمن برنامج يدعى (هاواي) حيث يركز هذا البرنامج على عملية تقييم القرارات ذات العلاقة بنوعية الخدمات المساندة، وأشارت الدراسة إلى أنه بإمكان الأسرة، والمعلمين تقديم بعض الخدمات المساندة لهؤلاء التلاميذ بعد إعطاءهم التوصيات، والخطط اللازمة من قبل أخصائي الخدمات المساندة؛ مما يسهل تنفيذ تلك الخطط والأنشطة مع هؤلاء التلاميذ

والذي ينعكس بدوره على تحسن استفادتهم من البرامج التربوية الخاصة المقدمة لهم.(السرطاوى والصمادي ،1998)

كما إجراء كل من يورك ورأين فورث (York & Rainforth, 1989) دراسة هدفت إلى التعرف على أفضل الممارسات التي يقدمها أخصائيو العلاج الطبيعي والوظيفي للتلاميذ ذوي الإعاقات الشديدة، وشملت الدراسة جميع أخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي العاملين مع هؤلاء التلاميذ في جميع الولايات الأمريكية، وخلصت الدارسة إلى أن هؤلاء الأخصائيين يقدمون هذه الخدمة بفاعلية كبيرة من حيث تقييم احتياجات هؤلاء التلاميذ، ومن ثم العمل على تنمية المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة والذي يدعم استفادتهم من البرامج التعليمية المقدمة لهم.(الشراح،2001)

فيما أجرى فرانسيز (Francis, 1989) دراسة سعت إلى تقييم فاعلية خدمتي العلاج الطبيعي والوظيفي المقدمة للتلاميذ الذين لديهم إعاقات شديدة في المدارس العادية، من خلال مدى قيام أخصائيو العلاج الطبيعي والوظيفي بهاتين الخدمتين. حيث شملت الدراسة مسحاً لأسر هؤلاء التلاميذ ومعلميهم، وأخصائيي العلاج الطبيعي والوظيفي اللذين يقدمان تلك الخدمتين لهم، وخلصت الدراسة إلى فاعليتهما مع هؤلاء التلاميذ، كما أظهرت الدراسة تأثير تقديم هاتين الخدمتين على استفادة التلاميذ ذوي الإعاقات الشديدة بشكل إيجابي من البرامج التربوية المقدمة لهم.(مسعود،2002)

وفي دراسة أخرى قامت بها سالندر (Sandler, 1992) بهدف مناقشة أهمية خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي للتلاميذ الذين لديهم إعاقات بما فيهم التلاميذ ذوي التخلف العقلي وتوضيح الدور التعاوني بين مقدمي هاتين الخدمتين وبين أفراد الفريق المدرسي الآخرين، بالإضافة إلى توضيح المهارات والكفايات اللازمة لهما والتي تساعدهما في تقديم خدماتهما بشكل فاعل لهؤلاء التلاميذ، وقد بينت الدراسة حاجة هؤلاء التلاميذ لتلقي خدمات العلاج الطبيعي، والوظيفي وخصوصًا أولئك التلاميذ الذين يظهرون مشاكل حركية واضحة، كما أظهرت الدراسة أيضاً أهمية وجود علاقة

تعاونية بين هذين الأخصائيين وبين بقية أعضاء الفريق المدرسي، وتقديم الاستشارة من قبلهم إلى معلمي أولئك التلاميذ فيما يتعلق بتلك التوجيهات التي ينبغي تقديمها لهؤلاء التلاميذ في حجرة الدراسة، كما أشارت الدراسة إلى أنه من المفترض تدريب هذين الأخصائيين على كيفية التعامل مع الفريق المدرسي، وعلى مهارات التواصل اللازمة للتفاعل مع هذا الفريق والتي يمكن أن تدعم عملهم مع التلاميذ ليتمكنوا من الاستفادة القصوى من البرامج التربوية والتعليمية المقدمة لهم.(الخطيب ،1998)

كذلك قام هانكس (Hawkins, 1997) بإجراء دراسة هدفت لمعرفة أكثر الخدمات التي يحتاجها التلاميذ الذين لديهم إعاقة بدنية والتي يمكن أن تدعم استفادتهم من البرامج التربوية الخاصة المقدمة لهم، وقد شملت الدراسة (300) تلميذ لديهم إعاقات بدنية، وأظهرت الدراسة حاجة هؤلاء التلاميذ لخدمة العلاج الطبيعي بشكل كبير نظير ما يعانونه من مشاكل حركية، كما أشارت الدراسة إلى أن خدمة العلاج الوظيفي تلعب أهمية في دعم استفادة هؤلاء التلاميذ من البرامج التربوية الخاصة المقدمة لهم من خلال تدريبهم على استعمال الأجهزة التعويضية وإرشاد أسرهم ومعلميهم حول التدريبات الضرورية لهم مما يساعد في زيادة كفاءتهم البدنية(ألشمري ،2000).

كما قام كل من نيل وزملائه (Neal, et al., 2004) بإجراء دراسة هدفت إلى توضيح فاعلية خدمة العلاج الطبيعي والوظيفي في المدارس العادية مع التلاميذ الذين لديهم إعاقات بما فيهم التلاميذ ذوي التخلف العقلي، وتوصلت الدراسة إلى أن هاتين الخدمتين تعد هامتين في دعم استفادة هؤلاء التلاميذ من البرامج التربوية المقدمة لهم من خلال تقييم الحاجات الفريدة لهؤلاء التلاميذ لخدمتي العلاج الطبيعي والوظيفي، ومن ثم تصميم برامج التدخل المناسبة لكل تلميذ.(يوسف،2008)

وفي دراسة قامت بها ريسي (Reese, 2004) لتحديد الهدف من تقديم خدمة العلاج الطبيعي للتلاميذ الذين لديهم إعاقات، حيث شملت الدراسة تحليلاً لمدى فاعلية خدمة العلاج الطبيعي في دعم استفادة التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية

الخاصة بما فيهم التلاميذ ذوي التخلف العقلي في الأدبيات التي ناقشت هذا الجانب، وخلصت الدراسة إلى التأكيد على أن هذه الخدمة تلعب أهمية كبيرة في تحسين نوعية الحياة لأولئك التلاميذ، كما أشارت الدراسة إلى أن مقدمي خدمة العلاج الطبيعي يجب أن يحصلوا على مؤهلات متخصصة في هذا المجال والتي يمكن أن تكون درجة البكالوريوس فما فوق، ويجب أن يتلقوا تدريباً مميزاً أثناء دراستهم حتى يتقنوا دورهم الحيوي والفاعل للعمل مع هؤلاء التلاميذ.(القريني،2007)

إن المتتبع لمسيرة برامج التربية الخاصة المقدمة للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في عالمنا العربي وبالتحديد في مصر يجد أنها ما زالت تفتقر لوجود الخدمات المساندة بشكل عام والعلاج الطبيعي بشكل خاص كداعم لبرامج التربية الخاصة، حيث أنها لم تصل إلى ما يطمح إليه المختصون في مجال التربية الخاصة بما يلبي احتياجات هؤلاء التلاميذ ورفع مستوى استفادتهم من برامج التربية الخاصة من حيث توفر الخدمات المساندة بشكل عام والعلاج الطبيعي بشكل خاص ويتجلى ذلك من خلال نتائج الدراسات السابقة حيث توصل الوابلي 1996م في نتائج دراسته إلى أن مفهوم الخدمة المساندة قائم وممارس ضمن فعاليات معاهد التربية الفكرية لكن تظل عملية الممارسة بالنسبة لمجالات الخدمة المساندة المختلفة يشوبها شيء من القصور فقد وصلت درجات التحقق في معظم أهدافها ووظائفها إلى مستويات متوسطة أو فوق المتوسطة أحياناً بينما في البعض الآخر من الخدمة كالعلاج الطبيعي فقد وصلت إلى مستويات ضعيفة. (القريني،2007)

كما توصل القريني 2007م في دراسته التي شملت 551 شخصاً يمثلون جميع العاملين بمعاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض إلى أن معظم الخدمات المساندة متوفرة في تلك المعاهد وجاءت خدمة العلاج الطبيعي في المرتبة الثامنة من بينهم تسع خدمات.

إن أحد أهم الأهداف مدارس التربية الفكرية التي تسعى خدمات العلاج الطبيعي لتحقيقها هو توفير الفرص للتلميذ المعاق لتلقي الخدمات في المدرسة التي يشترط أن

تكون بيئة قليلة التقييد ، ونظراً لتزايد القناعات ببرامج إدماج المعوقين في المدارس العادية وظهور حركة المدرسة للجميع / المدرسة الشاملة ، فقد بات من الضروري التركيز على تصميم المدارس بما يتلائم مع الاحتياجات الخاصة للمعوقين فكريا .

وقد تناولت بعض الدراسات والمراجع المتوفرة أهم التعديلات والتغيرات التي يجب أن تتوفر في المدارس حتى نتمكن من تلبية احتياجات التلاميذ المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ،أشار الو ابلي 1996 في دراسة حول واقع الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العاملين في معاهد التربية الفكرية على ضرورة توفر الخدمات التالية:

1- خدمات الصحة المدرسية والتي تمثل مجموعة التسهيلات الصحية التي ستعمل على دعم الاستقرار الصحي للطفل في المدرسة في ضوء احتياجاته الصحية المرتبطة بتعليمات الطبيب المختص.

2- خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والترويحي .

أما الشراح (2001) فقد ميز بين متطلبات المدارس الخاصة بالمعوقين والمدارس العادية كذلك ميز بين متطلبات وتجهيزات رياض الأطفال والمدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية،ويركز الشراح على تصميم الفراغات والمساحات والارتفاعات والتجهيزات الداخلية ودورات المياه والملاعب والأبواب والألوان والإضاءة.

فقد قام العبد الوهاب (2001) بالكثير من الإرشادات للتعامل مع حالات العوق الحركي في المدارس العادية وركز على موقع الفصل الدراسي بالنسبة للمدرسة وأرضية الفصل ومساحته وأبوابه ومحتوياته وأثر تصميم دورات المياه.

ويشير مسعود (2002) إلى أن تحقيق أهداف هذه المرحلة يحتاج إلى دراسات تفصيلية تعطي صورة واقعية وموضوعية عن الجوانب الشخصية والبيئية وطبيعة الاحتياجات التأهيلية الملائمة في ضوء المعطيات التي تكشف عنها هذه الدراسات. ولابد أن تتكون هذه الدراسات من:

أ. دراسات تقييمية طبية (Medical Evaluation Studies) وتهتم بتقييم الوضع الصحي والتاريخ التطوري لحالة العجز ومدى حاجته للتدخل العلاجي أو الأدوية والعقاقير الطبية وكذلك تحدد حاجة المعاق إلى برامج طبية مساندة كالعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي.

ب- دراسات التقييم المهني (Vocational Rehabilitation studies) وتهتم بتقييم ميول المعوق واستعداداته وقدراته المهنية وتحديد المهن الملائمة لإعادة تأهيله عليها.

هـ- تعقيب عام على الدراسات التي اهتمت بمجال الدراسة :

ومن هذا المنطلق تحتاج مدارس التربية الفكرية فى كافة محافظات الجمهورية مصر العربية ومن بينها محافظة قنا إلى استخدام الخدمات المساندة المختلفة من وتدريب المعلم وإدارة مدرسية وتقنيات التقليدية والغير تقليدية للعلاج الطبيعي، وتوفير إخصائى العلاج الطبيعي، وغيرهم من أجل الحصول على مخرجات تعليمية تكون قادرة على الالتحاق بسوق العمل والمشاركة في جهود التنمية الاقتصادية والاجتماعية، خاصة وأن هناك تقدم كبير وتطور واضح في مجال تربية المعاقين فكرياً فى مختلف دول العالم، مع تغير فى النظرة لهؤلاء المعاقين في الآونة الأخيرة، حيث أصبحت المجتمعات المتقدمة تنظر إليهم على أنهم جزء من القوة الإنتاجية للمجتمع، وبالتالي أصبحت تهتم بتأهيلهم وإعدادهم لأعمال نافعة وفقاً لقدراتهم وإمكاناتهم.

كما تحتاج مدارس التربية الفكرية الي خدمات المساندة كالتجهيزات والأجهزة الفردية والجماعية بهذه الأهمية فإن التجهيزات المجتمعية أكثر أهمية وحيوية لأنها المفصل الذي يستطيع من خلاله جميع المعوقين من ممارسة حياتهم التعليمية والعملية واليومية بشكل طبيعي أو أقرب ما يكون إلى الطبيعي. وللدلالة على أهمية التنقل فقد اعتمدت المجتمعات والدول الكرسي التحرك كمعيار خاص لأي تعديلات تجرى على التجهيزات المجتمعية لصالح المعوقين.

الطرق التقليدية وغير التقليدية في العلاج الطبيعي:

الطرق التقليدية للعلاج الطبيعي

أولاً: الكهرباء الطبية.

1- التبريد والتسخين .

التبريد: هو استعمال الثلج أو الماء البارد أو المثلج في علاج بعض الإصابات مثل الشلل التيبسي أو إصابات الملاعب في مرحلتها الحادة، والتبريد في حالة الإصابة الحادة يعمل على تقليل نسبة الدم في المنطقة المصابة نتيجة انقباض الأوعية الدموية بالبرودة، وكذلكم يعمل على تقليل الألم حيث أنه يؤثر على أعصاب الجسم فيخدرها ويقل الإحساس بالألم، كما يمكن تطبيق العلاج بالتبريد على مناطق الألم مثل آلام أسفل الظهر وآلام عرق النسا وآلام المفاصل والرقبة، كما يمكن استخدامه في علاج حالات النزيف من الأنف، أو من أحد الأطراف حيث يعمل التبريد على انقباض الأوعية الدموية فيتوقف النزف، ولعل استعمال كمادات الثلج وكمادات الماء المثلج هو إحدى الطرق المتبعة، ولكن هناك أيضاً رش البنج الموضعي (الكلور أثير) على أماكن إصابة اللاعبين خلال المباريات، وهذا الغاز يسبب انخفاضاً شديداً في درجة الحرارة في المكان المصاب فيقلل الورم والألم والنزيف. وهذا ما نراه دائماً عند علاج إصابات الملاعب، وهي تتسم عادة بالألم والورم والنزف، فإذا ما طرأ تحسن نتيجة رش (الكلور أثير) اعتبرت الإصابة بسيطة، واستطاع اللاعب أن يستكمل المباراة.

والعلاج بكمادات الثلج أو الماء البارد يعتبر أساسياً في المنازل وخاصة مع وجود الأطفال، ويمكن استخدامه في حالات نزيف الأنف أو نزيف أي طرف من أطراف الجسم، أو في حالات جزع المفاصل كعلاج مؤقت حتى يتم عرض المصاب على الطبيب. كما يمكن استخدام كمادات الثلج أو (طاقية) الثلج في حالات ضربة الشمس التي تحدث عادة لكبار السن أو للأطفال خلال فترات الصيف نتيجة تعرضهم للحرارة الشديدة لمدة طويلة.(اسماعيل ،2000)

التسخين: أما العلاج بالتسخين أو العلاج بالحرارة فهو ينقسم إلى نوعين رئيسيين: .(خالد ،1990)

1-العلاج السطحي (الأشعة تحت الحمراء).

ويتمثل في كثير من الأشكال في حياتنا، ويتم بالأشعة تحت الحمراء، فأشعة الشمس هي المصدر الطبيعي للتدفئة والتسخين في العالم أجمع. وقد وجد أن أي شيء يتم تسخينه يشع أشعة تحت الحمراء تماثل إلى حد كبير الأشعة تحت الحمراء التي تخرج من الشمس. وبذلك أصبحت مصادر العلاج السطحي بالحرارة سهلة وفي متناول الجميع، فمنها الوسائد الكهربائية وقربة الماء الساخن وزجاجة الماء الساخن والكمادات الساخنة، وكذلك لمبات الأشعة تحت الحمراء المضيئة وغير المضيئة ، وهي تختلف عن اللمبات العادية في أنها تصنع من زجاج الكوارتز الذي يتحمل درجة الحرارة العالية ويسمح بمرور الأشعة تحت الحمراء، كما تصنع من سلك تنجستان، ومن المصادر الأخرى للعلاج السطحي بالحرارة السونا أو غرفة البخار والسونا الجافة، وكذلك حمامات شمع البارفين التي تحتوي على مزيج من الشمع وزيت البرافين. وخاصية هذه الحمامات أنها تصل إلى أقصى درجة انصهار عند 50 درجة مئوية، وهي الدرجة التي يمكن للجسم البشري تحملها. فعند وضع أربطة شمع البرافين، أو دهان المفاصل بشمع البرافين المنصهر يشع الشمع أشعة تحت الحمراء، ونظراً لأن هذا المزيج يتجمد على مفصل المريض، ويحتفظ بدرجة حرارته مدة 40-60 دقيقة، فإنه يعطي بذلك حرارة ثابتة لمدة كافية للعلاج الذي يستغرق عادة بين 30-40 دقيقة. .(خالد ،1990)

وأهم خواص الأشعة الحرارية أو الأشعة تحت الحمراء هي أنها تزيد الدورة الدموية تنشطها، فتزيد كمية الدم الواصلة إلى المنطقة المعرضة للحرارة، وكذلك تزيد نسبة خلايا المناعة التي تدافع عن الجسم، وكذلك تزداد جرعة الدواء التي يأخذها المريض نتيجة زيادة الدورة الدموية في المنطقة المعرضة للأشعة تحت الحمراء فتعمل على إزالة بقايا الالتهابات. كما تعمل الحرارة على تقليل الإحساس بالألم في المنطقة

المعرضة للأشعة. وبذلك يقل التقلص العضلي الذي يحدث دائماً نتيجة الألم وتتحسن حالة المريض. وكذلك تنشط الدورة الدموية فتزيل بقايا الالتهابات وتطردها عن طريق الكليتين. وبتكرار تعرض المفصل المصاب، أو العضلة المصابة للأشعة تتحسن حالتها ويقل الالتهاب ويشفي المريض. . (خالد 1990) استعمالات الأشعة تحت الحمراء: .(خالد ،1990)

-بعض الالتهابات الحادة وتحت الحادة والمزمنة مثل التهاب الجيوب الأنفية والتهاب الأذن الوسطى غير الميكروبي، والتهاب العين، والتهابات الجلد.

-الحالات الروماتيزمية الحادة والمزمنة مثل مرض الروماتويد، وروماتيزم العضلات، وخشونة المفاصل والظهر،والتهاب الأعصاب وعرق النسا.

-تساعد على التئام الجروح والقرح السطحية نتيجة لزيادة الدم وتحسين الدورة الدموية في المنطقة المصابة.

-تستعمل قبل عمل التدليك والتمرينات فتساعد على تحسين الدورة الدموية وارتخاء العضلات مثل حالات شلل الأطفال والشلل التيبسي.

-حالات السمنة باستعمال حمامات الأشعة تحت الحمراء فتساعد على إنقاص الوزن عن طريق العرق، وتسمى هذه الحالة الساونا الجافة أي بدون بخار.

موانع استعمال الأشعة تحت الحمراء:

النزيف أو إمكانية حدوث النزيف مثل القرح أو الحيض،وإذا كان انسداد في الأوعية الدموية. وإذا استعملنا الأشعة تحت الحمراء في هذه الحالة فلابد من وضع الجهاز على مسافة أبعد من الجزء المسدود،وفقدان الإحساس بالجلد في المنطقة المعالجة. .(خالد ،1990)

2-العلاج العميق:

وهذا النوع من العلاج يحتوي على أنواع متعددة من الكهرباء الطبية التي تستخدم الآن في جميع مراكز العلاج الطبيعي، والنوادي الرياضية، والمستشفيات العامة، والعيادات الخاصة، وهذه الأنواع يمكن حصرها في الآتي:

أ–الموجات القصيرة (الشورت ويف).

وهي أكثر انتشاراً واستعمالاً، فهي تتخلل جسم الإنسان وتصل إلى جميع المناطق العميقة، ولذلك فهي تعتبر من أنجح الأنواع في العلاج سواء في الإصابات السطحية أو الإصابات العميقة.

وتصدر الموجات القصيرة من خلال صمام ثلاثي يستطيع أن يذبذب التيار الكهربائي إلى حوالي مليون ذبذبة في الثانية، وعند دخول هذا التيار إلى جسم الإنسان تتحول الطاقة الكهربائية إلى طاقة حرارية هائلة. وتعمل هذه الطاقة الحرارية على زيادة التمثيل الغذائي بالأنسجة، وعلى تنشيط الدورة الدموية وتوسيع الشرايين والأوردة في المنطقة التي تتعرض لها، وتساعد في القضاء على الالتهابات وتذيب الالتصاقات بالأنسجة، وكذلك تزيد نسبة الأجسام المضادة وكمية الدواء في المنطقة المصابة، كما تقضي على الألم وتسبب ارتخاء العضلات، كل ذلك بفاعلية أكبر وأثر أقوى من الأشعة السطحية، كما أنها تعمل في الأجزاء السطحية الأجزاء العميقة من الجسم على السواء، والتأثير الحراري لهذه الموجات القصيرة يعمل على تسخين الدم الذي يدور في الجسم الإنسان فيصل إلى المراكز العليا بالمخ، وهي المراكز التي تستقبل الألم، فيرفع درجة إحساسها بالألم وبذلك يقل إحساس المريض بالألم وتتحسن حالته تحسناً ملحوظاً. .(خالد ،1990)

ب – الموجات فوق الصوتية (الالتراسونيك).

هي أحدث أنواع الكهرباء العلاجية في العالم، وهي تعتبر الآن جزءًا لا يتجزأ من طرق العلاج الطبيعي حيث أنها تستخدم في كثير من الأمراض والإصابات المختلفة. والجهاز المستعمل في العلاج بهذه الموجات هو أصغر أنواع الأجهزة المستخدمة في هذا المجال. وهو عبارة عن دائرة كهربائية يمر منها التيار الكهربائي إلى ذراع العلاج، وهي على هيئة يد صغيرة مثل سماعة التليفون بها رأس العلاج الذي يوضع على جسم المريض، وبها زجاج كريستال يسمى «كوارتز»، فإذا ما مر التيار به يعطي ذبذبات وتضاغطات وتخلخلات تعرف بالموجات فوق الصوتية، وهي

حوالي 17000 ذبذبة في الثانية. ونظراً لأن الموجات فوق الصوتية لا تنتقل في الهواء فلابد من وجود وسط بين رأس الجهاز وجسم الإنسان حتى تنتقل الموجات فوق الصوتية خلاله إلى داخل الجسم، ويعتبر الماء الخالي من الفقاقيع والزيت من أحسن المواد المستخدمة في هذا الغرض. .(خالد ،1990)

(2)التيارات الكهربائية.

وتعتبر هذه التيارات من أهم أنواع العلاج الطبيعي، فهي تيارات كهربائية تعمل على انقباض العضلات انقباضاً يشبه إلى حد كبير الانقباض الطبيعي للعضلات،ومن هنا نجد أن التيارات الكهربائية مهمة للغاية في علاج مثل هذه الحالات ولدينا الكثير منها. ويشترط لاستخدام هذه التيارات في الشلل الارتخائي أن تكون الأعصاب فقط هي المصابة وذلك للمحافظة عليها حتى ينمو العصب، ويعود إلى تشغيل العضلات مرة أخرى. ولابد أن ننوه هنا إلى أن جميع الأعصاب الخارجية، أي الخارجة من المخ أو النخاع الشوكي والتي تغذى الأطراف المختلفة إذا ما أصيبت فإنها تنمو مرة أخرى مثل الأظافر وتعود إلى طبيعتها كما كانت.

وتنقسم التيارات الكهربائية المستخدمة في العلاج إلى نوعين رئيسيين هما: التيار المستمر (التيار الجلفانيك) والتيار المنقطع (التيار الفراديك)، وهما يستخدمان في علاج كثير من الأمراض. (خالد 1990)

ثانياً: العلاج بالماء:

أهمية العلاج بالماء: يعتبر هذا النوع من العلاج هاماً للغاية حيث أنه أساساً جزء من السياحة العلاجية في جميع أنحاء العالم. ونجد أن 90% من مصحات السياحة العلاجية تعتمد على عين ماء تبنى حولها مصحة وحمامات ومراكز للعلاج الطبيعي. وهناك مراكز عديدة في العالم تتمتع بهذه الخاصية، ومنها عين حلوان ومركز العلاج الطبيعي الملحق بها. وكذلك كارلو فيفاري في تشيكوسلوفاكيا وبادن بادن في ألمانيا، والمراكز المماثلة في رومانيا والمجر وبولندا وبلغاريا.

وأشهر هذه المراكز العلاجية وأقدمها هو مركز فيشي في فرنسا الذي يؤمه آلاف من المرضى والأصحاء كل عام،وللعلاج المائي طريقتان:

(1)العلاج بالحمامات العلاجية:

وأهم أنواع هذه الحمامات العلاجية :

أ–الحمامات الكبريتية: وبها نسبة كبريت عالية، وذلك لعلاج الأورام الجلدية والروماتيزمية.

ب–الحمامات المعدنية : وبها نسبة معادن عالية، وذلك لعلاج الأمراض الروماتيزمية والأمراض العصبية والضعف العام ولين العظام.

ج–الحمامات المشعة: وبها مواد مشعة حسب حالة المريض، وذلك لعلاج كثير من أمراض الجهاز العصبي والجهاز الدوري والأمراض الروماتيزمية والضعف العام والهزال.

د–الحمامات الكهربائية: وذلك بإطلاق تيار كهربائي مستمر في الحمام، لعلاج التهاب الأعصاب، والأمراض العصبية وبعض أنواع الشلل، والضعف العام وبعض الأمراض الروماتيزمية.

هـ–حمام الفراشة: وهذا النوع على شكل فراشة، وذلك لعلاج مرض الشلل الرباعي والشلل النصفي الطولي أو العرضي. وقدح صمم على شكل فراشة حتى يمكن لأخصائي العلاج الطبيعي أن يقف في وسط الحمام بحيث يستطيع مساعدة المريض خلال العلاج.

و – الحمامات المروحية: ويحتوي هذا النوع على مروحة تدور داخل الحمام فتعمل على اهتزاز الماء، وهذا النوع مفيد للغاية في علاج مرض شلل الأطفال.

ز–حمامات السباحة: وهي حمامات ضحلة بحيث يمكن للأخصائي أن ينزل إليها مع المريض ويقوم بتدريب المريض على أداء التمرينات وتعلم المشي داخل الحمام.

(2)العلاج بشرب المياه المعدنية:

وتختلف نسبة المعادن في هذه المياه من نوع لآخر. وبعد فحص المريض وتشخيص حالته بدقة، يمكن حينئذ تحديد نوع الماء المطلوب للعلاج وفقاً للتشخيص.

وتلعب المياه المعدنية دورًا كبيراً في علاج كثير من الأمراض. والمصحات المختلفة في جميع أنحاء العالم تكتظ بالمرضى الذي يقيمون بها لفترات تتراوح بين أسبوعين وثلاثة أسابيع، يشرب المريض خلالها المياه الملائمة لحالته من 2–3 لترات يومياً.

الطرق غير التقليدية للعلاج الطبيعي

أولا: العلاج بالليزر:

أحدث أنواع العلاج في العالم. وفي أمراض المفاصل والعضلات والأعصاب تمت تجربة عدة أجهزة، ولم تؤكد النتائج نفع هذا النوع من العلاج في مثل هذه الأمراض. ولكن من المؤكد أنه في المستقبل القريب ومع التطور السريع المذهل في هذه الأجهزة، لابد وأن يتم التوصل إلى أجهزة مناسبة تعطي جرعات شافية من أشعة الليزر. وقد أجريت عدة أبحاث لمقارنة أشعة الليزر بالموجات القصيرة والموجات فوق الصوتية، أثبتت جميعها بما لا يدع مجالاً للشك أن أشعة الليزر لم تحقق بعد النتائج الإيجابية بالمقارنة بالموجات القصيرة والموجات فوق الصوتية، ولذلك، فإننا نجد أن كثيراً من مراكز العلاج لا يتوافر بها هذا النوع من العلاج. (خالد 1990)

ثانياً: العلاج بالطمي الطبي والرمال الساخنة:

وهي طريقة استحدثها العرب في مجال العلاج الطبيعي ، إذ أنهم وجدوا أن هناك أنواع من الطمي تحتوي على معادن مختلفة يمكن أن تساعد المريض. وقد قام كثير من مراكز العلاج في العالم بعمل حمامات للطمي الطبي، يمكن وضع المريض فيها وتغطية جميع أجزاء جسمه ما عدا الرأس، الذي يبقى خارج الطمي. ويترك المريض لمدة 3–4 ساعات على هذا الحال مرة يومياً أو كل يومين. وقد وجد أن كثيرًا من مرضى الأمراض الروماتيزمية وآلام الظهر والرقبة والأعصاب والعضلات يفيدون منها. وهناك العديد من مراكز العلاج بالطمي في كثير من بلدان العالم، أهمها شيكوسلوفاكيا

وبلغاريا . وقد أقيم في مصر مركز للعلاج بالطمي وهو مركز عين الصيرة، ويتم فيه علاج الكثير من المرضى.

أما العلاج بالدفن في الرمال فهو من أقدم أنواع العلاج، وخاصة في الرمال الساخنة. وقد أعدت لذلك حمامات أيضاً يوضع فيها المريض ثم يغطى بالرمال الساخنة، ويبقى المريض تحت الرمال لمدة ساعة أو بضع ساعات حسب قوة تحمله، على أن يظل رأسه خارج الرمال، ثم يترك في الشمس الحارقة بعد تغطية رأسه، حتى لا يصاب بضربة شمس. وتستخدم هذه الطريقة في علاج كثير من الأمراض الروماتيزمية وآلام الظهر وعرق النسا وآلام الأعصاب والعضلات. ويوجد هذا النوع من العلاج بقرية نزلة السمات بالهرم.

وهاتان الطريقتان وإن كان لهما أثر طبي وعلاجي في بعض المرضى، إلا أنهما ليستا من الطرق المألوفة للعلاج. وكثير من المرضى يفضلون السونا الجافة التي تتساوى في كثير من الأحيان مع هذه الطرق غير التقليدية في العلاج. (خالد 1990)

ثالثاً: الكي بالنار:

ظهر في كثير من الدول العربية وخاصة مصر والمملكة العربية السعودية. فهناك بعض أفراد تخصصوا في العلاج عن طريق كي المرضى.

وهذا الكي يتم بإحماء دائرة حديدية (حوالي 3سم2 من الحديد) مثبتة في ذراع حديدية في النار حتى تصل لدرجة الاحمرار، ثم توضع هذه الدائرة المحمية على أماكن الألم المختلفة في جسم المريض. وعادة ما يتحمل المريض عذاب حرقه بواسطة هذه الطريقة البدائية ليأسه من الشفاء وتعلقه بالأمل من وراء العلاج. ونظراً لأنه ليس هناك أساس علمي علاجي لهذه الطريقة، فإنها لا تستخدم في أي من الدول الأوروبية أو الأمريكية، ولكنها توجد فقط في دول العالم الثالث، وكثير من المرضى الذين يفدون على عيادات العلاج الطبيعي يحملون آثاراً العلاج سابق بالكي (خالد ،1990)

وطريقة الكي بالنار هي نفس طريقة كاسات الهواء التي تستخدم حتى الآن في كثير من البيوت المصرية. وتعتمد على أن المخ البشري يتنبه دائماً للتنبيه الأقوى. وعند كي المريض يتنبه المخ إلى آلام الكي وينسى آلام المفاصل أو الظهر أو العضلات، وبذلك يشعر المريض بتحسن في مفاصله أو ظهره أو عضلاته، ولا يشعر سوى بآلام الكي الذي سعى إليه بإرادته. وعند شفاء الأجزاء التي تم كيها، فهناك أحد احتمالين: فإما أن الإصابة الأصلية عند المريض شفاءه للكي. أو أن حالته المرضية مما لا يشفى في أسبوع أو أسبوعين، وفي هذه الحالة فإن الألم سيعود للمريض وكما أن شيئًا لم يحدث. وبذلك يتضح أن الكي ليس بطريقة علاج كما قد يعتقد البعض، ولكنه نصب واحتيال، إذ لا يسبب سوى تشويه الكثيرين من المرضى، ولا يستند إلى أساس علمي في شفاء المرضى. ولذا لا تستخدم هذه الوسيلة في أي قسم من أقسام العلاج الطبيعي، ولكنها تمارس في بعض القرى على أيدي دجالين ومشعوذين يقومون بالكي، والعديد من هؤلاء موجودون في قرية نزلة السمان بالهرم وفي محافظة الشرقية. وكثير من المرضى يعالجون بهذه الطريقة لاعتقادهم الخطأ بجدواها، والدليل على ذلك أن آلافا من المرضى الذين تعرضوا للكي عادوا مرة أخرى إلى عيادات الأطباء لطلب المشورة والنصيحة بعد فشل هذه الطريقة غير الآدمية في علاجهم(خالد،1990).

رابعاً: العلاج بالمغناطيس:

ظهرت في العالم في الآونة الأخيرة طريقة أخرى من طرق العلاج الطبيعي غير التقليدية، راجت إلى حد كبير في كثير من الدول الأوربية وخاصة فرنسا، واليابان، وتعتمد نظرية العلاج بالمغناطيس على وضع المغناطيس على مكان الألم، وبذلك ينشأ مجال مغناطيسي في المنطقة المراد علاجها. ويعمل المجال المغناطيسي بعدة طرق: أولها إفراز مادة الإندورفين التي تعمل على تقليل الإحساس بالألم، وثانيها أن المجال المغناطيسي يعمل على تغيير وضع الجزيئات داخل الجسم وبذلك يقل الالتهاب

ويتحسن الألم، وهناك أيضاً نظرية تقول: إن تعرض الجسم للمجال المغناطيسي يغير من الشحنات الكهربائية الموجودة داخل الجسم، وبذلك يساعد على اختفاء الألم.

وتقوم هذه الطريقة بعلاج كثير من الأمراض الروماتيزمية وآلام المفاصل، وآلام أسفل الظهر والرقبة، وعرق النساء وآلام الكتف والركبتين، والرسغ ومفاصل الأصابع. وقد توافد على مصر في الآونة الأخيرة عدد من الأطباء الأجانب والمصريين الذين يعملون في هذا المجال، وقاموا بعلاج كثير من المرضى، وذلك بخلاف سفر الكثيرين للخارج للحصول على هذا النوع من العلاج. ولكن التقييم العلمي لمثل هذا النوع من العلاج أثبت أن الناحية النفسية تلعب فيه دورًا كبيراً، وأنه ليس بالأسلوب الناجع في علاج هؤلاء المرضى، وأنه لا يفضل طرق العلاج السابقة بل أقل كثيراً منها، وما زالت هناك قلة من الأطباء تستخدم هذه الطريقة في العلاج حتى الآن. (خالد 1990)

خامساً: الوخز بالإبر الصينية.

يعتبر هذا النوع من العلاج من العادات الصينية القديمة، فهو يمتد بأصله إلى مئات السنين،ولكنه تطور في السنوات الماضية تطورًا مذهلاً حتى أصبحت له مراكز في جميع أنحاء العالم. والوخز بالإبر الصينية ليس له حتى الآن أساس علمي محدد، حيث أنه يعتمد على خطوط طولية وعرضية في جسم الإنسان تربط الأعضاء المختلفة ببعضها. وهذه الخطوط هي خطوط وهمية مرسوم على لوحات قام بتصميمها الصينيون، ولكن ليس لها وجود في علم التشريح ، وهذه الإبر رقيقة جداً وتخترق الجسم، ويقوم المعالج من آن لآخر بتدوير هذه الإبر في نفس مكانها، ويمكن وضع عدد كبير من الإبر في وقت واحد. .(خالد ،1990)

علماً بأن هذه الإبر متصلة بجهاز صغير يعطي تياراً كهربائياً مستمرًا مشابهاً للتيار الجلفاني المستمر، أو تيار البطاريات. وتوضع الإبر وتحرك في مكانها كل عدة دقائق لمدة ساعة تقريباً، حسب نوع المرض والتشخيص، ثم يكرر ذلك يومياً أو يومًا بعد يوم. وقد يستدعى الأمر إجراء 40 جلسة في بعض الحالات. وقد أصبح هذا النوع

من العلاج شائعاً في كثير من دول العالم بما فيها مصر. ويوجد في القاهرة على الأقل 40–50 عيادة بالمستشفيات، وعيادات خاصة اشتهرت بعيادات علاج الألم.

وتعمل الإبر الصينية عند وضعها في جسم الإنسان على إفراز مادة الإندورفين التي تساعد على رفع قوة الاحتمال للألم، وبذلك لا يشعر المريض بالألم. كما أن الإبر الصينية قد استخدمت أيضاً في تخدير المرضى قبل العمليات الجراحية، ويقال أنها نجحت في بعض الحالات، ولكنها لم تعمم حتى الآن بالرغم من أنها أسلم – إن صحة ما يدعيه البعض – من التخدير العادي الذي مازالت له بعض المضاعفات. ولكن للأسف فإنه مع ما يشاع عن إمكان تخدير المريض بالإبر الصينية، فإنها ليست مستخدمة في أي مركز من المراكز العلاجية بمصر،ولعل العامل النفسي أيضاً من عوامل رواج هذا النوع من العلاج. .(خالد ،1990)

سادساً: أساور الروماتيزم.

وهي أساور من النحاس والقصدير، أو أساور من النحاس فقط، وتتكون إما من فقرات نحاسية متصلة أو فقرة نحاسية وأخرى من القصدير. وتلبس الأساور في رسغ اليد وتترك لعدة أيام، فإذا ما كانت هناك آلام بالأصابع أو الرسغ أو الكوع أو الكتف أو الذراع فإنها تتحسن بعد بضعة أيام.

وفكرة هذه الأساور تعتمد على خلق فرق جهد كهربي بين النحاس والقصدير، أو بين النحاس ومحلول الملح الذي يخرج من غدد العرق بالجلد، وبذلك ينشأ تيار كهربائي مستمر في رسغ اليد يعمل على التخفيف من الألم الموجود في الطرف. ولا شك أن الحالة النفسية تلعب دورًا كبيراً في مثل هذه الحالات، خاصة وأن هذا النوع من العلاج لا يوجد سوى في دول العالم الثالث ولا يستخدم مطلقًا في الدول المتقدمة. فكمية الكهرباء التي تنتج عن هذه الأساور صغيرة جداً لا تكفي لعلاج الألم، ولكن تركها في يد المريض لفترات طويلة قد يكون العامل الأساسي في تحسين الألم، بالإضافة إلى الحالة النفسية كما أوردنا. ونظرًا لرخص سعر هذه الأساور فكثير من المرضى يقومون بتجربتها، ولكن لم يعتبر بها طبياً حتى الآن، ولا يمكن اعتبارها جزءاً

من علاج المريض كما هو الحال في الكي بالنار، خلافاً لباقي الأساليب التي ذكرناها والتي يعترف بها طبياً. (احمد خالد 1990)

الطرق العلاجية للعلاج الطبيعي:

هناك العديد من الطرق التي تعتمد على العلاج الحسي الحركي، البعض منها ينفع لبعض الأطفال دون غيرهم، وأخصائي العلاج الطبيعي هو الذي يقرر مناسبة الطريقة لحالة الطفل من عدمها، ومن هذه الطرق: (احمد خالد 1990)

- طريقة بوباث: وتعتمد أساسا على منع الحركات غير المرغوب فيها وتسهيل الحركات المطلوبة
- طريقة دومان– ديلاكتو : وتسمى طريقة الأنماط، حيث يتم تطوير وتنمية الأنماط الحركية المعقدة عن طريق تطوير الأنماط الانعكاسية.
- الطريقة الشرقية (الفوتيا): تعتمد على ردود الفعل اللاإرادية عن طريق الضغط على نقاط وأماكن محددة في الجسم تؤدي إلى حث المستقبلات الداخلية لدى الطفل للحصول على الحركة
- طريقة رود: تعتمد على العلاج العصبي الفسيولوجي من خلال زيادة مستوى النشاط العضلي بطرائق مختلفة مثل الحرارة والبرودة والمساج.
- طريقة كابات– نوت: وتعتمد على توظيف الأجزاء القوية وغير المصابة من أجل تقوية الأجزاء الضعيفة.

مع قلة الدراسات السابقة،والتي تتناول العلاج الطبيعي والتأهيل بالفن التشكيلي، إلا أن المصطلح عليها يجد تنوعاً في مواضيعها والطرق والأساليب التي تستخدمها، فمنها ما يتناول التأهيل البدني بشكل كبير، ومنها ما يتناول التأهيل النفسي، ومنها ما يقف عند التشخيص والاستكشاف، وكلها تصب وتسهم في تشكيل واضح لفائدة ودور الفن التشكيلي، في التشخيص والعلاج النفسي والبدني بالفن التشكيلي.

وتجد أنه من السهولة إقناع المريض العلاج الترويحي الفني واستمراره

وممارسته لها بعد حدوث تلك الإعاقة، حيث يوجد لديهم الرغبة الزائدة في الاستمرار في هذه الممارسة.وبعد وضع المعالج التصنيف والتشخيص الدقيق للمشكلة فعليه وضع إستراتيجية ومهارات الترويح من خلال الفن والتي تتناسب مع الحالة الممارسة لذلك النشاط.

العلاج الطبيعي باستخدام بالفن :

العلاج بالفن يعد أسلوب علاجي ناجح مع المعاقين فكريا، كما يرى أن العلاج الوظيفي يقوم أساسا على حوار يتم بين طرفين (مريض – معالج)، هذا الحوار يتم غالبا من خلال تبادل الكلمات، أي ينشأ حوار لفظي بين المريض والمعالج، حيث يطلق المريض العنان للسانه كي يعبر عما يجول بخاطره من ذكريات وأحداث ومشاعر وانفعالات كأول خطوة نحو تحقيق الاستبصار بطبيعة مشكلاته والتعرف على أسبابها متقدما نحو الشفاء، غير أنه في كثير من الأحيان نجد المرضى يتوقفون عن الحوار اللفظي ويلوذون بالصمت طوال الجلسة العلاجية، وبالرغم مما في الصمت من لغة، فإن الصمت الطويل خلال الجلسات المتعددة إنما يهدد عملية العلاج ويحول دون تقدمها، بل قد يؤدى إلى فشلها. (عوض مبارك، 2001).

ويعد الرسم عمل فني تعبيري يقوم به الطفل، وهو بديل عن اللغة، وهو شكل من أشكال التواصل غير اللفظي، وأيضا شكل من أشكال التنفيس، فالأطفال عن طريق الرسم يعكسون مشاعرهم الحقيقية تجاه أنفسهم والآخرين، ومن ثم كانت الرسوم وسيلة ممتازة لفهم العوامل النفسية وراء السلوك المشكل، وقد أثبتت الدراسات التحليلية للأطفال أننا نستطيع من خلال الرسم الحر الذي يقوم به ال طفل أن نصل رأسًا إلى لاشعور، والتعرف على مشكلاته وما يعانيه، وكذلك التعرف على ميوله واتجاهاته ومدى اهتمامه بموضوعات معينة في البيئة التي يعيش فيها، وعلاقته بالآخرين سواء في الأسرة، أو الرفاق، أو الكبار (عفاف، حسن،2004).

ومن ثم فقد لجأ المعالجون إلى استخدام الرسوم كوسيلة يمكن من خلالها تحقيق التواصل مع الذين قد لا يحسنون التحدث باللغة المنطوقة، على اعتبار أن

الرسم إنما هو لغة يمكن من خلالها إقامة جسر للتواصل بين المريض والمعالج لتبادل الأفكار والمعاني فيما بينهما، والكشف عن الصراعات الداخلية لدى المريض. إذ أن لدى الإنسان القدرة على أن يحول الأفكار إلى صور بالقدر الذي يمكن فيه أن يحول الصور إلى أفكار وكلمات (عوض مبارك،2001).

رفتّه الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن The American Art Therapy Association بأنه: مجال للخدمة الإنسانية يقدم فرصًا استكشافية للمشكلات الشخصية من خلال التعبير الفني، ويّنمي الخبرات الجسمية والانفعالية والتعليمية من خلال ممارسة النشاطات الفنية العلاجية (عوض مبارك، 2001، ص 18).

وتعرفه الجمعية البريطانية للمعالجين بالفن بأنه: نوع من العلاج يعتمد عل الأشكال البصرية (التصوير التشكيلي، والرسم، والتجسيم، وغيره) كأداة يستعملها اختصاصي العلاج بالفن المؤهل ليساعد المريض عل إبراز الأفكار والمشاعر التي لا يستطيع المريض التعبير عنها بأي طريق آخر. وقد تُستعمل تلك الأشكال في التشخيص والعلاج ومن خلالها يتوفر للمريض والمعالج سجلات علاجية تفيد في الاحتفاظ بتلك الخبرات وتساعد على معرفة مدى الحاجة للاستمرار في العلاج. وقد يستعمل المعالج في العلاج بالفن طريقة التحويل (Transference) التي تحتوي على مشاعر من ماضي المريض يوصلها إلى المعالج عن طريق العمل الفني في الجلسة العلاجية وتحتوي الأعمال الفنية عادة على المشاعر والأحاسيس، والتي إذا ما وضحت بدأت من خلالها العملية العلاجية (عوض مبارك،2001، ص 21).

فالعلاج بالفن Art Therapy باعتباره مجال أكاديمي إنساني له دور أساسي حيث يسهم في رعاية وتقويم كثير من حالات ذوي الإعاقات سواء كانت هذه الحالات نفسية، أو عقلية، أو عضوية، أو حسية مثل الإعاقة الحركية ، ويكون ذلك بتوظيف الفن لإعادة تهيئة الطفل ودمجه في الحياة العامة، ودفع جوانب التنمية المتكاملة لديه، فهدفه التغيير الجوهري إلى الأفضل في شخصية الإنسان وفي حياته بوجه عام، وهذا ما يُرجى من جلسات العلاج بالفن وممارسته (عبد الحميد، 1990، ص 121).

وفلسفة العلاج بالفن تقوم على الإيمان الكامل بالقدرة الكامنة للإنسان في التعبير عن نفسه تلقائيًا ولا شعوريًا عن طريق الفن، ولهذا اهتم المعالجون بالفن بإطلاق الحرية في التعبير للإدلاء بمحتويات اللاشعور الإنساني ويتمنى تحقيقه في الواقع، فهي تجد طريقها الطبيعي من خلال وسائل التعبير الفني لتطفو هذه المحتويات على السطح الشعوري للإنسان بدلاً من كبتها في اللاشعور فيتمكن من مواجهتها وإيجاد الحلول المقترحة الواعية والتوافقية لها ومن ثم يتحقق التوافق والعلاج (القريطي، 1995).

الأسس التي يستند إليها العلاج الترويحي بالفن :

تستند نشأة العلاج بالفن إلى مجموعة من الأسس على النحو التالي :

- إن المشاعر والأفكار اللاشعورية يسهل التعبير عنها تلقائيًا في صور أكثر مما يعد عنها في كلمات. (القريطي، 1995).
- إن إسقاط صراعات الفرد الداخلية في صورة بصرية لا يحتاج إلى مهارة، أو تدريب فني.
- إن التعبير الفني المنتج في العلاج بالفن يجسد المواد اللاشعورية مثل الأحلام والصراعات، والذكريات الطفولة، والمخاوف... وغيرها (الغامدي، 1427، ص 15).
- يعمل إسقاط الصراعات والمخاوف الداخلية في صورة بصرية على بلورتها في شكل ملموس ثابت يقاوم النسيان، ويكون دليلاً على انطلاق الصراعات من اللاشعور، فيبدأ المريض في الانفصال عن صراعاته، الشيء الذي يجعله قادرًا على فحص مشكلاته بموضوعية متزايدة (عوض مبارك، 2001، ص 18).

العلاج الطبيعي القائم على الترويح الفني :

أصبحت ممارسة الأنشطة الترويحية من الضرورات المرتبطة بالصحة الوقائية والعلاجية للإنسان حيث أكدت الدراسات المردود الإيجابي للأنشطة على أجهزة الجسم

المختلفة متضمنة الجهاز الدوري والتنفسي والعضلي، والنفسية والاجتماعية للفرد، أما بالنسبة للأشخاص المعاقين فقد تكون أهمية ممارسة الأنشطة مضاعفة. (الغامدي، 1427).

وتهدف الممارسة الترويحية من خلال الفن إلى ما يلي :

١. تشجيع وتنمية استعداداتهم لكفاءتهم الوظيفية وبخاصة الجهاز العصبي العضلي.
٢. زيادة إحساسهم بتأقلمهم الخارجي .
٣. زيادة الاعتماد على المستقبلات الحسية في الجلد(حاسة اللمس) والعضلات والمفاصل لتعويض الأجهزة الحسية المفقودة. (عوض مبارك،2001)
٤. تلعب دوراً مهماً في نظام التوازن بالجسم مع الجهاز العصبي وبقية الأجهزة الأخرى.(مسعود،2009)

الاستراتجيات العلاج الطبيعي القائم على الترويح الفني :

1- الرسم الحر: وذلك ليساعدها على التعبير والاستبصار بمشاعرها وأفكارها المكبوتة في اللاشعور (القريطي، 1995).
2- السحب بألوان الزجاج : ولسهولة العمل ونتائجه الجميلة سيساعدها على رفع وزيادة ثقتها بنفسها بشكل يومي ومستمر .
3- الأعمال اليدوية : عمل محفظة جلدية لشغل أوقات فراغها ولتشتيت انتباهها عن التفكير والتمركز حول حالتها ووضعها الصحي .
4- ألوان الزجاج المطاطية : ستساعدها بابتكار تصاميم جديدة وذلك سيرفع من روحها المعنوية نتيجة لنجاحها في أعمال فنية جديدة. (عوض مبارك،2001)
5- التشكيل اليومي بهدف التخطيط لعمل معرض شخصي يهدف إلى دمج المريض مع المجتمع وأن تستفيد منه لتقليل الحساسية الزائدة وتدريبها على اكتساب مهارات التواصل مع الآخرين. (الغامدي، 1427).

١ -التخيل الموجه مع التغذية الراجعة للتأقلم مع العودة إلى المدرسة من خلال تعديل البنية المعرفية السلبية الناتجة عن الإعاقة (الغامدي ، 1427).

الإطار الإجرائي للدراسة

يتناول هذا الفصل إيضاحاً الأهداف العامة للعلاج الطبيعي لمنهج الدراسة المتبع وكذلك وصف مجتمع أفراد عينة الدراسة ثم عرضاً لأداة الدراسة و الكيفية التي طبقت بها الدراسة :

الأهداف العامة للعلاج الطبيعي:

تحديد أهداف العلاج الطبيعي ليس بالأمر السهل، ولكن يمكن أن نوجزها في الأهداف التالية:

١ – زيادة أو المحافظة أو رفع القدرة على التحمل. (يوسف،2008).
٢ – زيادة المدى والتناسق الحركي.
٣ – تخفيف أو إزالة ، وزيادة التغذية الدموية.
٤ – تقليل التصلب والتشنج العضلي، ومنع الضمور العضلي.
٥ – تخفيف الأورام وتخفيف الاحتقانات الرئوية والصدرية.
٦ – تحقيق الشفاء لإصابات الأنسجة الرخوة.
٧ – منع حدوث التشوهات والتقفعات والتصلبات المفصلية.
٨ – تقليل التغذية الحسية الراجعة غير الطبيعية.
٩ – تعديل وتصحيح انحراف الهيئة وتقليل انحراف وخلل المشية.
١٠ –تحقيق أكبر قدر من الاستقلالية في التنقل والحركة وتعليم المرضى وأهاليهم كيف يمكن أن يستمروا في برنامج العلاج الطبيعي في بيوتهم.

أهداف العلاج الطبيعي مع المعاقين:

١ يأتي دور العلاج الطبيعي فوراً بعد ظهور المرض. .(مسعود،2009)
٢ منع حدوث مضاعفات للمرض مثل (تيبس المفاصل، ضعف العضلات..)(الشراح،2001).
٣ تحسين أو زيادة الحركات التي يمكن أن يقوم بها المعاق مثل (زيادة القدرة العضلية، تحسين الاتزان ..).(ابو النصر ،2000)

٤ متابعة تقدم الحالة حيث أن المرض يأخذ أشكال ثلاثة الأول مرض بطبيعته متراجع، والثاني يميل للاستقرار، والثالث يتحسن. (مسعود،2009)

٥ يختلف شدة وحدة الشلل النصفي تبعاً لمكان الإصابة في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي تختلف الطريقة التي يعالج بها المريض.

٦ يهدف العلاج الطبيعي من خلال تحريك المريض سواء إرادياً أو لا إرادياً إلى :(يوسف،2008)

- منع نقص مدى الحركة.
- منع حدوث التقرحات الجلدية.
- منع قصر العضلات.
- منع حدوث الجلطات في الأطراف.
- زيادة الدورة الدموية للأطراف.
- الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية ومساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان.

الفئات المستفيدة من العلاج الطبيعي:

من خلال معرفة أماكن تقديم الخدمة يمكن تقسيم الفئات المستفيدة كما يلي:

في المستشفيات العامة أو الخاصة والعيادات الخاصة يمكن أن يضم فئات ليس بها إعاقة ولكن تشخيص الطبيب للحالة يرى أنه بحاجة إلى علاج طبيعي وتشمل أمراض عديدة منها أمراض الجهاز العصبي وإصاباته مثل شلل نصف الوجه ، أمراض الجهاز الهضمي واضطراباته مثل ما بعد الكسور وعمليات العظام ، إمراض المفاصل مثل الروماتيزم الأمراض الجلدية مثل الصدفية .وغيرها.(مسعزد، 2002)- في مراكز التأهيل الشامل للمعاقين يضم فئات الشلل الدماغي والتخلف العقلي والإعاقة الجسدية، الأندية الرياضية وغالباً ما تضم فئات إصابات الملاعب. (يوسف، 2003)

إمكان خدمات العلاج الطبيعي المتوفرة بمحافظة قنا:

غالباً ما تُقدم خدمة العلاج الطبيعي في بمحافظة قنا في الأماكن التالية:

١. المستشفيات العامة أو الخاصة.
٢. عيادات ومراكز العلاج الطبيعي الخاصة.
٣. مراكز التأهيل الشامل للمعاقين.
٤. الأندية الرياضية.

الدراسة الميدانية وأهم نتائجها

أهداف الدراسة الميدانية:

تتلخص أهداف الدراسة الميدانية فيما يلي:

١. فاعلية الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوفرة في معاهد التربية الفكرية بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها.
٢. واقع فاعلية الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوفرة في معاهد التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها.
٣. سبل تحسين خدمة العلاج الطبيعي من وجهة نظر العاملين بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة.

منهجية الدراسة

اتساقاً مع موضوع الدراسة ونوعها وتحقيقاً لأهدافها اعتمد الباحث بشكل أساسي على "المنهج الوصفي"، فهذا المنهج لا يقوم على مجرد جمع المعلومات والبيانات عن ظاهرة معينة وإنما يمضى إلى ما هو أبعد من ذلك، لأنه يقوم بتفسيرها وتحديد الظروف والعلاقات المختلفة فيها بدقة وبشكل علمى وموضوعي منتظم، (جابر ،عبد الحميد جابر و كاظم، أحمد خيرى 1987م، ص136)، كما يمتد هذا المنهج إلى دراسة كيف تعمل الظاهرة في الوقت الحاضر وما بها من علاقات وتأثيرات، وأيضاً ما قد يحدث فى المستقبل بناء على الوضع الحالي أو وصف ما سوف يحدث (فؤاد أبو حطب، وآمال صادق، 1991م، ص105)، وهذا بالفعل ما قام بها الباحث في الدراسة الحالية.

أدوات الدراسة الميدانية:

اعتمدت الدراسة الميدانية على الأدوات التالية:

1- المقابلة الشخصية غير المقننة مع بعض معلمي وموجهي ومدراء مدارس التربية الفكرية وبعض المسئولين فى إدارة التربية الخاصة بقفا، وذلك للاستفادة من آرائهم، والتعرف عن قرب على أهم ال صعوبات والمعوقات التي تواجه مدارس التربية الفكرية وتحد من دورها تجاه الخدمات المساندة الخاصة بالعلاج الطبيعي للأطفال المعاقين فكرياً.

2- استبيان قام الباحث بتصميمه وكتابته عباراته مستعيناً فى ذلك بالإطار النظري والدراسات السابقة ومعايشة الباحث لمجتمع الدراسة داخل مدارس التربية الفكرية ومقابلة بعض المسئولين عنها والاستفادة من آرائهم ومقترحاتهم، وقد جاء هذا الاستبيان فى صورته النهائية –بعد تحكيمه من قبل بعض المتخصصين وأساتذة التربية وتقدير صدقه وثباته كما سيتضح ذلك بالتفصيل فى الصفحات القادمة – تتألف من جزأين هما:

الجزء الأول:

يمثل معلومات عامة عن عينة الدراسة و توضح (التخصص ، المؤهل، الخبرة)

الجزء الثاني: ويشمل المحاور التالية :

-المحور الأول:مدى فاعلية الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوفرة في معاهد التربية الفكرية بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها و يشمل هذا المحور (1-18) عبارة .

-المحور الثاني: ما الصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها و يشمل هذا المحور (1-15) عبارة .

-المحور الثالث :سبل تحسين خدمة العلاج الطبيعي من وجهة نظر العاملين بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة و يشمل هذا المحور (1-17)

عبارة .

-قد اشتمل على عدد (60) عبارة جاءت موزعة على (3) محور.

تطبيق الأداة (الاستبانة)

صدق الاستبيان:

للتحقق من صدق استبيان الدراسة تم عرضه فى صورته الأولى على مجموعة من المحكمين من الأساتذة المتخصصين فى مجال التربية والتربية الرياضية (خاصة فى مجال التربية الخاصة) وأيضاً بعض المسئولين فى إدارة التربية الخاصة ممن لهم الخبرة العملية والمهنية بالعمل مع مدارس التربية الفكرية، وفى ضوء ما أبداه هؤلاء المحكمون من ملاحظات واقتراحات، تم إجراء التعديلات اللازمة فى الاستبيان، حيث تم تعديل بعض عناوين المحاور ومسمياتها، وحذف بعض العبارات من المحاور وإضافة عبارات أخرى، كما تم تعديل صياغة بعض العبارات، ونقل بعضها إلى محاور أخرى.

وهذا الإجراء يطلق عليه بعض الباحثين مسمى الصدق الظاهري (منسى ،محمود عبد الحليم ، 1994م، ص205)، فى حين يطلق عليه البعض الآخر مسمى صدق المحكمين (عبيدات ،ذوقان وآخرون، 1996م، ص56)، ويُعد صدق المحكمين من المؤشرات التي يُعتد بها لتحديد مدى صدق الأداة المستخدمة.

بالإضافة إلى ذلك ولزيادة التأكد من صدق أداة الدراسة وأنها تقيس فعلاً ما وضعت لقياسه، تم حساب معامل الصدق الذاتي الإحصائي لاستبيان الدراسة من خلال معامل الثبات، وذلك من خلال المعادلة التالية (السيد ،فؤاد البهي ، 1979م، ص553):

معامل الصدق الذاتي الإحصائي = معامل الثبات

وحيث إن معامل الثبات = 0.92

إذن معامل الصدق الذاتي الإحصائي للاستبيان = 0.92 = 0.96 وهو معامل صدق مرتفع.

ثبات الاستبيان:

لحساب ثبات استبيان الدراسة تم استخدام "طريقة إعادة التطبيق" حيث قام الباحث بتطبيق الاستبيان على عينة من أولياء أمور التلاميذ والمعلمين والموجهين بمدرسة التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة بلغ حجمها (60) ستون فرداً ممن تنطبق عليهم خصائص العينة الأصلية للدراسة– والتي يأتي الحديث عنها بالتفصيل فى الصفحات القادمة– ثم أعيد التطبيق على العينة نفسها مرة أخرى بعد مضى شهرين تقريباً من تاريخ التطبيق الأول، وبعد ذلك تم حساب "معامل الارتباط" بين درجات التطبيقين الأول والثاني باستخدام "معادلة سيبرمان للارتباط" (دوجلاس ماكنتوش، 1986م، ص105):

ر = ن مجـ س ص – مجـ س × مجـ ص

[(مجـ س 2 – (مجـ س)2] [ن مجـ ص2 – (مجـ ص)2]

حيث: ن = عدد أفراد العينة (60) فرداً.

س = درجات التطبيق الأول. ص = درجات التطبيق الثاني.

وبتطبيق المعادلة السابقة تبين أن معامل الارتباط (ر) = 0.86، ومن ثم تم حساب معامل الثبات مقاساً بمعامل الارتباط من خلال "معادلة سبيرمان– براون" لحساب الثبات (فؤاد البهي السيد، 1979م، ص523).

معادلة سبيرمان– براون للثبات = 2 ر 1 + ر

حيث: ر = معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني للاستبيان.

وقد بلغ معامل الثبات وفقاً لهذه المعادلة (0.92) وهو معامل ثبات مرتفع.

مجتمع الدراسة الميدانية :

يمثل مجتمع الدراسة بعض العاملين في مدارس التربية الفكرية ومؤسسات ذات الصلة في محافظة قنا البالغ عددهم (470) .

عينة الدراسة الميدانية :

اشتملت عينة الدراسة الميدانية بطريقة عشوائية من الموجهين والمعلمين والمديرين والنظار والإخصائيين على جميع العاملين بمدارس التربية الفكرية ومؤسسات

ذات الصلة بمحافظة(قنا– قوص– نجع حمادي –فقط) قنا حيث أرسلت أداة الدراسة إلى جميع أولئك العاملين و الذي بلغ مجموعهم (470) أجاب (270) على أداة الدراسة .

الجداول من 1 إلى 4 توضح وصف عينة الدراسة

جدول رقم (1) السن

البيان	التكرار	النسبة
أقل من 25 سنة	23	8.5
من 25 إلى أقل من 30 سنة	34	12.6
من 30 إلى أقل من 35 سنة	50	18.5
من 35 إلى أقل من 40 سنة	46	17.2
من 40 إلى أقل من 50 سنة	45	17.1
50 فأكثر	72	26.7
المجموع	270	100.0

يتبين من الجدول رقم (1) أن غالبية أفراد عينة الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 50 إلى فأكثر وذلك بنسبة بلغت (26.7٪) ثم يليهم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى أقل من 35 سنة وذلك بنسبة بلغت (18.5 ٪) ثم يليهم الذين أعمارهم من 35 سنة إلى اقل من 40 سنة وذلك بنسبة بلغت (17.2 ٪) ثم يليهم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 40 إلى أقل من 50 سنة بنسبة بلغت (17.1٪) ثم يليهم الذين أعمارهم أقل من 30 سنة وذلك بنسبة بلغت (12.6 ٪) أما اقل من 25سنة فقد بلغت نسبتهم (8.5٪) .

جدول رقم (2) *مكان العمل*

البيان	التكرار	النسبة
مدرسة	190	70.4
مؤسسات ذات الصلة	80	29.6
المجموع	270	100.0

يتبين من الجدول رقم (2) أن غالبية أفراد عينة الدراسة يعملون في المدارس وذلك بنسبة بلغت (70.4٪) أما الذين يعملون في مؤسسات ذات الصلة فقد بلغت نسبتهم (29.6٪) .

جدول رقم (3) *المؤهل العلمي*

البيان	التكرار	النسبة
بكالوريوس تربية عام وأساسي ونوعية	81	30
تأهيل تربوي + دبلوم تربية خاصة	75	27.8
دبلوم معلمين+معهد خدمة اجتماعية	60	22.2
أخصائي علاج طبيعي+ تربية رياضية	14	5.1
معهد تمريض +فني صحي+أخري	40	14.8
المجموع	270	100.0

يتبين من الجدول رقم (3) أن غالبية أفراد عينة الدراسة مؤهلهم العلمي بكالوريوس تربية عام وأساسي والنوعية وذلك بنسبة بلغت (30٪) ثم يليهم الذين مؤهلهم العلمي بكالوريوس تأهيل تربوي + دبلوم تربية خاصة وذلك بنسبة بلغت

(27.8٪) ثم يليهم الذين مؤهلهم دبلوم المعلمين وذلك بنسبة بلغت (22.2 ٪) ثم يليهم الذين مؤهلهم العلمي خلاف المؤهلات التي ذكرت وذلك بنسبة بلغت (14.8٪) أما الذين ينتموا لمؤهل العلمي(علاج طبيعي) فقد بلغت نسبتهم (5.1 ٪) .

جدول رقم (4) *عدد سنوات الخبرة في التدريس*

البيان	التكرار	النسبة
أقل من 5 سنوات	46	17.1
من 5 إلى أقل من 10 سنوات	76	28.1
10 سنوات إلى أقل من 15 سنة	68	25.1
15 سنة فأكثر	50	18.5
لم يبين	30	11.1
المجموع	270	100.0

يتبين من الجدول رقم (4) أن غالبية أفراد عينة الدراسة تتراوح سنوات خبرتهم في التدريس ما بين 5 إلى أقل من 10 سنوات وذلك بنسبة بلغت (28.1٪) ثم يليهم الذين تتراوح سنوات خبرتهم في التدريس ما بين 10 إلى أقل من 15 سنوات وذلك بنسبة بلغت (25.1٪) ثم يليهم الذين سنوات خبرتهم في التدريس أكثر من 15 سنة وذلك بنسبة بلغت (18.5٪) ثم يليهم الذين سنوات خبرتهم في التدريس أقل من 5 سنوات وذلك بنسبة بلغت (17.1 ٪) أما الذين لم يبينوا عدد سنوات خبرتهم في التدريس فقد بلغت نسبتهم (11.1٪) .

المعالجة الإحصائية لنتائج تطبيق الاستبيان:

تم استخدام طريقة حساب نسبة متوسط الاستجابة وتقدير حدود الثقة فى إجراء المعالجة الإحصائية لنتائج تطبيق الاستبيان وذلك وفقاً للخطوات التالية:

1- حساب تكرارات استجابات أفراد العينة لكل عبارة من عبارات الاستبيان تحت كل بديل من بدائل الإجابة الثلاثة (تتحقق، تحقق إلى حدٍ ما، لا تتحقق).

2- إعطاء موازين رقمية لكل بديل من بدائل الإجابة كما يلى:

(تتحقق = 3، تتحقق إلى حد ما = 2، لا تتحقق = 1).

3- ضرب تكرارات كل عبارة فى الموازين الرقمية لبدائل الإجابة، ثم جمع حواصل الضرب للحصول على الدرجة الكلية للعبارة.

4- الحصول على نسبة متوسط الاستجابة لكل عبارة وذلك بقسمة الدرجة الكلية للعبارة على عدد أفراد العينة مضروباً في أعلى وزن رقمى للإجابة وهو (3) وذلك كما يلى:

نسبة متوسط الاستجابة للعبارة = الدرجة الكلية للعبارة

عدد أفراد العينة (ن) × 3

5- حساب نسبة متوسط شدة التحقق للعبارة على النحو التالي:

نسبة متوسط شدة التحقق = أكبر وزن رقمى- أقل وزن رقمى = 3 – 1 = 0.67

عدد بدائل الإجابة 3

6- تقدير الخطأ المعيارى لنسبة متوسط شدة التحقق للعبارة،وذلك من خلال المعادلة التالية (فؤاد البهى السيد، 1979م، ص431):

$$\text{الخطأ المعيارى} = \frac{\text{أ} \times \text{ب}}{\text{ن}}$$

حيث أ = نسبة متوسط شدة التحقق = 0.67

ب = 1- أ = 1- 0.67 = 0.33

ن = عدد أفراد العينة = 270 فرد

$$\text{إذن الخطأ المعيارى} = \frac{0.67 \times 0.33}{270} = 0.029$$

7-تقدير حدود الثقة لنسبة متوسط الاستجابة من خلال المعادلة التالية (ج. ملتون سميث، 1985م، ص80):

-حدود الثقة لنسبة متوسط الاستجابة= 0.67 ± الخطأ المعيارى × 1.96

-الحد الأعلى للثقة = 0.67 + 0.029 × 1.96 = 0.73.

-الحد الأدنى للثقة = 0.67 – 0.029 × 1.96 = 0.61

وبناء على ذلك فإن:

١. العبارات التى تحصل على نسبة متوسط استجابات أكثر من أو يساوى (0.73) فإنها تتحقق.

٢. العبارات التى تحصل على نسبة متوسط استجابة أقل من أو يساوى (0.61) فإنها لا تتحقق.

٣. العبارات إلى تحصل على نسبة متوسط استجابة تنحصر بين (0.73)و (0.61) فإنها تتحقق إلى حد ما.

نتائج الدراسة الميدانية:

إجابة تساؤلات الدراسة :

السؤال الأول: مدى توافر الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي في مدارس التربية الفكرية بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال تم استخدام التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، لترتيب الاستجابات مدى فاعلية الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوفرة في بمدارس التربية الفكرية بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين، حسب درجة توفرها من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، كما هو موضح في الجدول رقم (5).

المحور الأول	المتوسط * الحسابي	الاستجابة
يوجد أخصائي علاج طبيعي بمدارسة التربية الفكرية	0.19	***
يوجد دور لمعالج الطبيعي من خلال فريق متعدد التخصصات بمدارس التربية الفكرية	0.09	***
توافر خدمات المسائدة والخاصة بالعلاج الطبيعي	0.38	***
يوجد بالمدرسة التجهيزات الخاصة بتسهيل مهمة المعوقين في استخدام وسائط النقل الفردية والجماعية	0.38	***
مبني المدرسة تم تنظيمه بشكل يسهل على المعوقين وخصوصاً مستخدمي الكراسي المتحركة من الانتقال من مبنى إلى آخر بسهولة وكذلك الانتقال إلى المكتبة والاستفادة من مقدراتها والدخول إلى قاعات المحاضرات وجميع المرافق الصحية والمطاعم ومرافق الأنشطة الثقافية والاجتماعية والرياضية ووسائل الاتصال.	0.11	***
وجود مشاكل حسية أو بدنية لدى الأطفال تحد من قدراتهم	0.90	****

على استخدام التقنية التعليمية		
يوجد خدمات الصحة المدرسية والتي تمثل مجموعة التسهيلات الصحية التي ستعمل على دعم الاستقرار الصحي للطفل في المدرسة في ضوء احتياجاته الصحية المرتبطة بتعليمات الطبيب المختص	0.79	****
توفر الأجهزة الخدمات المساندة اجتماعية والتجهيزات وبكلفة تتناسب مع إمكانيات المدرسة الاقتصادية .	0.69	****
يوجد بالمدرسة إجراء التعديلات الضرورية على البيئة وتحريرها من العوائق الطبيعية والاجتماعية	0.65	****
يوجد بالمدرسة الطرق التقليدية للعلاج الطبيعي منها التبريد والتسخين وبالحمامات المائية و التيارات الكهربائية	0.01	***
يوجد بالمدرسة الطرق غير التقليدية للعلاج الطبيعي العلاج بالليزر و بالطمي الطبي والرمال الساخنة والكي بالنار والعلاج بالمغناطيس والوخز بالإبر الصينية و أساور الروماتيزم	0.03	***
يوجد بالمدرسة العلاج الطبيعي باستخدام بالفن	0.71	****
يوجد بالمدرسة العلاج الطبيعي القائم على الترويح الفني	0.77	****
يوجد بالمدرسة أجهزة الوقوف والرافعات الكراسي المتحركة	0.22	***
يوجد بالمدرسة السيارات الشخصية المعدلة	0.00	***
يوجد بالمدرسة خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي داخل المدرسة	0.06	***

* المتوسط من 3 درجات تتحقق**** لا تتحقق*** تتحقق إلى حد ما**

من الجدول السابق؛ يتضح أن بوجود مشاكل حسية أو بدنية لدى الأطفال تحد من

قدراتهم على استخدام التقنية التعليمية جاءت بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (0.90من 3) من حيث أهم الخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي المتوافرة في بمدارس ومؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين ثم يأتي فى الترتيب يوجد خدمات الصحة المدرسية والتي تمثل مجموعة التسهيلات الصحية التي ستعمل على دعم الاستقرار الصحي للطفل في المدرسة في ضوء احتياجاته الصحية المرتبطة بتعليمات الطبيب المختص بمتوسط حسابي قدره (0.79من 3) ؛ ثم يوجد بالمدرسة العلاج الطبيعي القائم على الترويح الفني بمتوسط حسابي قدره (0.77من 3)، ثم يوجد بالمدرسة العلاج الطبيعي باستخدام بالفن بمتوسط حسابي قدره (0.71من 3) ،ثم توفر الأجهزة الخدمات المساندة اجتماعية والتجهيزات وبكلفة تتناسب مع إمكانيات المدرسة الاقتصادية بمتوسط حسابي قدره (0.69من 3)، ثم يوجد بالمدرسة إجراء التعديلات الضرورية على البيئة وتحريرها من العوائق الطبيعية والاجتماعية بمتوسط حسابي قدره (0.69من 3) ويتضح ان مدارس التربية الفكرية فى محافظة قنا أغفلت العديد من الجوانب الخاصة بالخدمات المساندة من خلال العلاج الطبيعي في المجتمع المصري ، كما أن المؤسسات ذات الصلة لا تساير بالقدر الكاف التطورات المستمرة في مجال التربية الخاصة بوجه عام والإعاقة الفكرية بوجه خاص.

ملخص نتائج التساؤل الأول:

أ –لا يوجد أخصائي علاج طبيعي بمدارسة التربية الفكرية ،لا يوجد فريق متعدد التخصصات بمدارس التربية الفكرية ،وعدم توافر خدمات المساندة والخاصة بالعلاج الطبيعي،وكما يخلو مبني المدرسة تم تنظيمه بشكل يسهل على المعوقين وخصوصاً مستخدمي الكراسي المتحركة من الانتقال من مبنى إلى آخر بسهولة وكذلك الانتقال إلى المكتبة والاستفادة من مقدراتها والدخول إلى قاعات المحاضرات وجميع المرافق الصحية والمطاعم ومرافق الأنشطة الثقافية والاجتماعية والرياضية ووسائل الاتصال.

ب –لا يوجد بالمدرسة الطرق التقليدية للعلاج الطبيعي منها التبريد والتسخين

وبالحمامات المائية و التيارات الكهربائية، وبتالي لا يوجد بالمدرسة الطرق غير التقليدية للعلاج الطبيعي العلاج بالليزر و بالطمي الطبي والرمال الساخنة والكي بالنار والعلاج بالمغناطيس والوخز بالإبر الصينية و أساور الروماتيزم،كما لا يوجد بالمدرسة أجهزة الوقوف والرافعات الكراسي المتحركة ، ولا يوجد بالمدرسة السيارات الشخصية المعدلة ،عدم وجود وعي بثقافة خدمات المساندة والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي داخل المدرسة.

السؤال الثاني :مستوى الصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال تم استخدام التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، لترتيب الاستجابات مستوى الصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا من وجهة نظر العاملين بها ، حساب درجة توفرها من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، كما هو موضح في الجدول رقم (6).

المحور الثاني	المتوسط * الحسابي	الاستجابة	الترتيب
توفر أخصائي علاج طبيعي بمؤسسات ذات الصلة لدية خبرة فى مجالات الإعاقة	0.69	**	5
عدم قرب المعالج الطبيعي من خلال فريق متعدد التخصصات بمدارس التربية الفكرية	0.49	***	12
توافر بعض التوعية بخدمات المسائدة والخاصة بالعلاج الطبيعي من خلال مؤسسات ذات الصلة	0.60	***	10
يوجد بمؤسسات ذات الصلة التجهيزات الخاصة بتسهيل مهمة المعوقين في استخدام وسائط النقل الفردية والجماعية	0.41	***	13

مبني المؤسسات ذات الصلة تم تنظيمه بشكل يسهل على المعوقين وخصوصاً مستخدمي الكراسي المتحركة من الانتقال من مبنى إلى آخر بسهولة .	0.40	***	14
توفر المؤسسات ذات الصلة بالأجهزة الخدمات المساندة والتجهيزات الخاصة بالعلاج الطبيعي	0.68	**	6
يوجد خدمات الصحة بالمؤسسات ذات الصلة والتي تمثل مجموعة التسهيلات الصحية التي ستعمل على دعم الاستقرار الصحي للطفل في المدرسة في ضوء احتياجاته الصحية المرتبطة بتعليمات الطبيب المختص	0.73	****	4
يوجد بالمؤسسات ذات الصلة الطرق التقليدية للعلاج الطبيعي منها التبريد والتسخين وبالحمامات المائية و التيارات الكهربائية	0.54	***	11
يوجد بالمؤسسات ذات الصلة الطرق غير التقليدية للعلاج الطبيعي العلاج بالليزر و بالطمي الطبي والرمال الساخنة والكي بالنار والعلاج بالمغناطيس والوخز بالإبر الصينية و أساور الروماتيزم	0.21	***	17
يوجد بالمؤسسات ذات الصلة العلاج الطبيعي باستخدام بالفن	0.33	***	15
يوجد بالمؤسسات ذات الصلة العلاج الطبيعي	0.31	***	16

القائم على الترويح الفني			
يوجد بالمؤسسات ذات الصلة السيارات الشخصية المعدلة	0.67	**	7
يوجد بالمؤسسات ذات الصلة خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي	0.62	**	9
يوجد بالمؤسسات ذات الصلة تحليل الفراغات والمساحات المطلوبة للحركة وعمليات الالتفاف والتحرك	0.65	**	8
النظرة السلبية من بعض الأطباء لأخصائي العلاج الطبيعي.	090	****	2
ندرة الوظائف وإن وجدت يتم تعيين خريج درجة البكالوريوس على مسمى فني	0.80	****	3
كلفة العلاج الطبيعي مما يجعل بعض الحالات تهمل متابعة العلاج.	0.93	****	1

* المتوسط من 3 درجات تتحقق**** لا تتحقق*** تتحقق إلى حد ما**

من الجدول السابق؛ يتضح أن بوجود كلفة العلاج الطبيعي مما يجعل بعض الحالات تهمل متابعة العلاج. جاءت بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (0.93من 3)، النظرة السلبية من بعض الأطباء لأخصائي العلاج الطبيعي. جاءت بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدره (0.90من 3)، ندرة الوظائف وإن وجدت يتم تعيين خريج درجة البكالوريوس على مسمى فني جاءت بالمرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (0.80من 3)، يوجد خدمات الصحة بالمؤسسات ذات الصلة والتي تمثل مجموعة التسهيلات الصحية التي ستعمل على دعم الاستقرار الصحي للطفل في المدرسة في ضوء

احتياجاته الصحية المرتبطة بتعليمات الطبيب المختص جاءت بالمرتبة الرابعة بمتوسط حسابي قدره (0.73من 3).

تلخص نتائج التساؤل الثاني:

١ -قلة أخصائي علاج طبيعي بمؤسسات ذات الصلة لدية خبرة فى مجالات الإعاقة.

٢ -ندرة المؤسسات ذات الصلة بالأجهزة الخدمات المساندة والتجهيزات الخاصة بالعلاج الطبيعي.

٣ -عدم وجود بالمؤسسات ذات الصلة السيارات الشخصية المعدلة.

٤ -ندرة بالمؤسسات ذات الصلة تحليل الفراغات والمساحات المطلوبة للحركة وعمليات الالتفاف والتحرك.

٥ -قلة وعى المؤسسات ذات الصلة بخدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي.

٦ -ندرة بعض دورات التوعية بخدمات المسائدة والخاصة بالعلاج الطبيعي من خلال مؤسسات ذات الصلة.

٧ -ضعف الإمكانيات المتاحة بالمؤسسات ذات الصلة عن استخدام الطرق التقليدية للعلاج الطبيعي منها التبريد والتسخين وبالحمامات المائية و التيارات الكهربائية.

٨ -ضعف الإمكانيات المتاحة بالمؤسسات ذات الصلة بالطرق غير التقليدية للعلاج الطبيعي العلاج بالليزر و بالطمي الطبي والرمال الساخنة والكي بالنار والعلاج بالمغناطيس والوخز بالإبر الصينية و أساور الروماتيزم.

٩ -عدم قرب المعالج الطبيعي من خلال فريق متعدد التخصصات بمدارس التربية الفكرية.

١٠ -ضعف الإمكانيات المتاحة بمؤسسات ذات الصلة بالتجهيزات الخاصة بتسهيل مهمة المعوقين في استخدام وسائط النقل الفردية والجماعية.

١١ -ضعف الإمكانيات المتاحة بمبني المؤسسات ذات الصلة بحيث يسهل على

المعوقين وخصوصاً مستخدمي الكراسي المتحركة من الانتقال من مبنى إلى آخر بسهولة .

١٢ -ضعف الإمكانيات المتاحة بالمؤسسات ذات الصلة استخدام العلاج الطبيعي باستخدام الترويح لفني.

الصعوبات التي تواجه العلاج الطبيعي:

يمكن تقسيم الصعوبات التي تواجه خدمة العلاج الطبيعي إلى قسمين الأول يتعلق بأخصائيي العلاج الطبيعي والثاني يتعلق بالحالة التي تتلقى العلاج.

أولا :الصعوبات التي يعاني منها أخصائي العلاج الطبيعي :

١ -النظرة السائدة من المجتمع عن أخصائي العلاج الطبيعي على أنه (مدلك) أو الشخص الذي يقوم بعمل (المساج).

٢ -النظرة السلبية من بعض الأطباء لأخصائي العلاج الطبيعي.

٣ -عدم معرفة بعض الممرضات بدور أخصائي العلاج الطبيعي وطبيعة عمله.

٤ -ندرة الوظائف وإن وجدت يتم تعيين خريج درجة البكالوريوس على مسمى فني وهي مساواة بخريجي المعاهد الصحية بدرجة دبلوم، مما يترتب على ذلك آثار سلبية منها تدني الراتب الشهري وتأخر في تحسين مسمى الوظيفي.

٥ -صعوبة الوصول إلى برامج التعليم المستمر بعد التخرج، وهو الذي يثري ويطور مهاراتهم. (إسماعيل، طارق (2000)

ثانيا: الصعوبات التي تتعلق بالحالة التي تتلقى العلاج:

أ -عدم فهم كثير من العامة بطبيعة عمل أخصائي العلاج الطبيعي وأهميته في علاج كثير من الأمراض، حيث لا يعرف البعض أن العلاج الطبيعي لا يأتي بنتيجة فورية فيشعرون بالضيق والملل من المدة الطويلة التي يقضيها في العلاج.

ب -ارتفاع أعداد الانتظار وملل من طول فترات المواعيد.

ت -كلفة العلاج الطبيعي مما يجعل بعض الحالات تهمل متابعة العلاج.

السؤال الثالث : سبل تحسين خدمة العلاج الطبيعي من وجهة نظر العاملين بمدارس التربية الفكرية بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا ؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال تم استخدام التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، لترتيب الاستجابات سبل تحسين خدمة العلاج الطبيعي من وجهة نظر العاملين بمدارس التربية الفكرية بمؤسسات ذات الصلة بمحافظة قنا ، حساب درجة توفرها من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، كما هو موضح في الجدول رقم (7).

الرقم	المحور الثالث	المتوسط * الحسابي	الاستجابة
١	توفير أخصائي علاج طبيعي بمدارسة التربية الفكرية و المؤسسات ذات الصلة	0.99	****
٢	توفير الأجهزة الخدمات المساندة والتجهيزات وبكلفة تتناسب مع إمكانيات المدرسة الاقتصادية والمؤسسات ذات الصلة.	0.97	****
٣	إجراء التعديلات الضرورية على البيئة المدرسية والمؤسسات ذات الصلة وتحريرها من العوائق الطبيعية والاجتماعية	0.91	****
٤	توفير بالمدرسة والمؤسسات ذات الصلة بعض لطرق التقليدية للعلاج الطبيعي منها التبريد والتسخين وبالحمامات المائية و التيارات الكهربائية	0.93	****
٥	يوجد بالمدرسة والمؤسسات ذات الصلة الطرق غير التقليدية للعلاج الطبيعي العلاج بالليزر و	0.95	****

	بالطمي الطبي والرمال الساخنة والكي بالنار والعلاج بالمغناطيس والوخز بالإبر الصينية و أساور الروماتيزم		
٦	توفير بالمؤسسات ذات الصلة تحليل الفراغات والمساحات المطلوبة للحركة وعمليات الالتفاف والتحرك داخل المدرسة	0.99	****
٧	توفير بالمدرسة موقع غرفة الفصل أو الغرف الأكثر استخداماً من جانب المعوق ويفضل أن تكون أرضية قدر الإمكان وقريبة من المرافق الأخرى	0.90	****
٨	تصميم بالمؤسسات ذات الصلة الحمامات والمطابخ بشكل يتلائم مع الاحتياجات الخاصة للمعاق	0.91	****
٩	تأهيل القائمين بعمل بمدارس التربية الفكرية بشكل كاف لاستخدام التقنية العلاج الطبيعي خلال سنوات الدراسة	0.92	****
١٠	تطوير مناهج ومقررات كليات التربية وإعداد المعلمين ، فهذه المناهج والمقررات لا تراعى النواحي التطبيقية الخاصة بتأهيل واستخدام العلاج الطبيعي	0.99	****
١١	تنظيم وعقد الدورات التدريبية عن العلاج الطبيعي لأسر ذوي الإعاقة الفكرية لتحسين تعاملهم مع أبنائهم .	0.99	****
١٢	الاستفادة من الإذاعة المدرسية في تعديل	0.97	****

	اتجاهات عن العلاج الطبيعي للمعلمين وتوعية الأطفال الإعاقة الفكرية في برامجها بالصورة التي تكرس قدراتهم الايجابية .		
١٣	حضور المهتمين بالإعاقة الندوات والمؤتمرات التي تعقد في المجتمع المحلي والمتعلقة بالعلاج الطبيعي.	0.92	****
١٤	توعية العامة بعمل أخصائي العلاج الطبيعي ودوره في علاج الكثير من الأمراض	0.96	****
١٥	توفير الدورات التدريب الكافية لأخصائي العلاج الطبيعي بالمؤسسات ذات الصلة	0.96	****
١٦	تقليل من أعداد الانتظار وتنظيم فترات المواعيد بالمؤسسات ذات الصلة.	0.98	****
١٧	تعاون الأسرة والتزامها بمواعيد جلسات العلاج الطبيعي بالمؤسسات ذات الصلة	0.97	****

* المتوسط من 3 درجات تتحقق**** لا تتحقق*** تتحقق إلى حد ما**

طرق وسبل التغلب على الصعوبات التي تواجه العلاج الطبيعي:

يمكن التغلب على الصعوبات التي تواجه العلاج الطبيعي عن طريق ما يلي:

١ -توعية العامة بعمل أخصائي العلاج الطبيعي ودوره في علاج الكثير من الأمراض.

٢ -تصحيح نظرة بعض الأطباء تجاه أخصائي العلاج الطبيعي.

٣ -توفير الأجهزة المستخدمة في العلاج الطبيعي.

٤ -توفير الدورات التدريب الكافية لأخصائي العلاج الطبيعي.

٥ -تقليل من أعداد الانتظار وتنظيم فترات المواعيد.

٦ -توفر عدد كافي من أخصائيين العلاج الطبيعي.

٧ -تأهيل أخصائيين العلاج الطبيعي التأهيل المناسب.
٨ -تعاون الأسرة والتزامها بمواعيد جلسات العلاج الطبيعي.
٩ -التوفير من التكلفة الاقتصادية العالية والتي تتطلبها عملية إنشاء مراكز خاصة.
١٠ -توسيع رقعة الخدمات لتصل إلى المناطق الريفية والنائية بدلاً من تركيزها في المدن الرئيسية.
١١ -التوسع في عدد المستفيدين من الخدمات والبرامج والتغطية الإعلامية .
١٢ -الاتجاهات المعاصرة التي تشهدها حركة تأهيل المعوقين والتربية الخاصة والتي تؤكد على تكافؤ الفرص والتحرر من المؤسسات والدمج المجتمعي وتحرير البيئة من العوائق.
١٣ -تطور وتحسن اتجاهات الأسر وأفراد المجتمع وزيادة اهتمام مؤسسات المجتمع الأهلية والتطوعية التي تطالب بتحسين الخدمات وتأمين الحي للمعوقين.

التجهيزات المجتمعية الخاصة ببرامج الوصول الشامل للمعوقين للتغلب على الصعوبات التي تواجه الخدمات المساندة:

ولو أردنا أن نستعرض التجهيزات المجتمعية الخاصة بالمعوقين لوجدنا أننا أمام قائمة طويلة ولكن اختصاراً للوقت والجهد يجب التأكيد هنا على أن من حق المعوق الاستفادة والتمتع بجميع مرافق المجتمع التي يستفيد منها ويستمتع بها أفراد المجتمع من غير المعوقين ويمكن هنا التركيز على التجهيزات التالية:

1- التجهيزات الخاصة بتسهيل مهمة المعوقين في استخدام وسائط النقل الفردية والجماعية وهنا يتم التركيز على المواقف الخاصة بالسيارات والتي يجب أن تتصف بقربها مع المكان المنوي زيارته وأن تكون مزودة بالتسهيلات اللازمة لاستخدام الكرسي المتحرك من حيث السطح وتوفر المنحدرات والممرات المصممة بشكل خاص للكراسي.

2- التجهيزات الخاصة بكبائن التليفونات العامة وصناديق البنوك المخصصة لصرف النقود والتي يشترط أن يكون ارتفاعها مناسباً للمعوقين الذين يستخدمون الكراسي.
3- الشوارع والإشارات الضوئية والأرصفة وهذه لها مواصفات خاصة عالمية يفترض أن يتم التقيد بها من المؤسسات المعنية وهي إدارات المرور والأشغال العامة وأمانات المدن والمحافظات. والمهم جداً أن نتذكر هنا أن المواصفات التي حددتها الكودات الخاصة تركز على السلامة وسهولة العبور بالنسبة للمعوقين جسمياً والمكفوفين بشكل خاص وباقي الإعاقات بشكل عام، حيث يفترض أن تشتمل الإشارات الضوئية على نظام إيقاف يدوي يتناسب ارتفاعه مع مستخدمي الكراسي المتحركة ويتكون من زر خاص ومنبه صوتي للمعوقين يعطي إشارة عبور الشارع بأمان ، وهذا النظام يتوفر في عدد كبير من دول العالم. أما الأرصفة فيفترض أن تكون ملائمة للاستخدام من حيث الأرضيات والحواف والمنحدرات ومرافق تزيين الشوارع من أحواض الأشجار والمقاعد الخاصة لجلوس المعوقين وشروط خاصة بعرض الرصيف المسموح لغايات استخدامه من قبل المعوقين.
4- المرافق الصحية العامة ويشترك فيها أن تكون في مواقع ملائمة يسهل الوصول إليها وأن تكون قريبة من مواقف السيارات الخاصة بالمعوقين وأن تكون مداخلها أرضية بدون عتبات أو استخدام المنحدرات كبدائل إذا كان لابد من وجود عتبات أو أدراج كما يجب توفير لوحات إرشادية للدلالة على مواقع هذه المرافق في الشوارع العامة ويشترط أيضاً توفير التصاميم والتجهيزات الداخلية بشكل يتمشى مع متطلبات حرية التنقل والاستخدام السهل لهذه المرافق.
5- الحدائق العامة: ويشترط أن تكون في مواقع مختاره وأن يكون لها مواقف سيارات خاصة بالمعوقين وأن تكون مداخلها وتنظيمها الداخلي يسمح بحركة سهلة للمعوقين كما يراعي تصميم ملاعب وألعاب ومقاعد ومرافق صحية مناسبة.

6- المباني الخاصة بالنقل والمواصلات (المطارات ومحطات القطار والباصات والسيارات والموانئ) ويشترط أن تتوفر فيها شروط الدخول السهل وأشرطة كهربائية ومنحدرات ومواقف خاصة بسيارات المعوقين ومرافق عامة وإرشادات للدلالة على المواقع ومقاعد مخصصة للراحة.

7- المباني التجارية والثقافية والدينية (المباني العامة) ويشترط أن تتوفر فيها التجهيزات الخاصة بسهولة عملية الدخول والخروج ومواقف خاصة بالسيارات ومصاعد وتوفير الخدمات الداخلية من لوحات إرشادية ومرافق صحية وإدراج كهربائية وأن تكون الأبواب من النوع الذي يفتح أوتوماتيكياً مع ضرورة وجود منحدرات على الأبواب الخارجية وأن تكون الأرضيات مكسوة بمواد مانعة للانزلاق.

8- المباني الصحية (المستشفيات والمراكز الصحية) أيضاً يجب أن يراعى فيها تصميم المداخل والفراغات والخدمات الداخلية وذلك لتسهيل مهمة المعوقين من الوصول إلى كافة مرافق وخدمات المستشفى من عيادات داخلية وخارجية وغرف الكشف والأشعة والمختبرات والصيدليات، كذلك يشترط أن يتوفر فيها مواقف خاصة بسيارات المعوقين.

9- المباني التعليمية (المعاهد والكليات- الجامعات) ويشترط أن يكون تنظيمها مصمم بشكل يسهل على المعوقين وخصوصاً مستخدمي الكراسي المتحركة من الانتقال من مبنى إلى آخر بسهولة وكذلك الانتقال إلى المكتبة والاستفادة من مقدراتها والدخول إلى قاعات المحاضرات وجميع المرافق الصحية والمطاعم ومرافق الأنشطة الثقافية والاجتماعية والرياضية ووسائل الاتصال. وبمعنى آخر فإن من حق الطالب الجامعي الذي يعاني من إعاقة جسمية أو بصرية أو سمعية الاستفادة من جميع مرافق الجامعة التي تخصص لجميع الطلاب بدون استثناء.

10- المرافق الترويحية والرياضية والسياحية وهذه أيضاً يجب أن تخضع للشروط العامة لتصميم المباني والخدمات والمرافق ومواقف السيارات حيث أن من حق

المعوقين التمتع بما يوفره المجتمع لمواطنيه من أماكن ترويح وأندية وملاعب ومواقع سياحية ومواقع أثرية لزيادة شعوره بالسعادة والانتماء للبلد.

11- المصانع ومباني المؤسسات الحكومية الخدمية والتي يعمل بها الأفراد المعوقين ويشترط أن تتوفر فيها إضافة إلى الشروط الخاصة بالحركة والتنقل والمرافق الصحية شروطاً خاصة بالسلامة وعدم التعرض للأخطار خصوصاً ما يتعلق منها بالأجهزة الكهربائية أو الآلات والأجهزة التي يستخدمها المعوقين . إن من الضروري على المؤسسات الخدمية الحكومية (الوزارات والدائر الحكومية) أن تلتزم بشروط الوصول وسهولة الاستخدام وتحديد مواقف خاصة للسيارات وتوفير المصاعد والمنحدرات الخاصة بمستخدمي الكراسي المتحركة.

ملخص توصيات الدراسة

من خلال العرض لخدمة العلاج الطبيعي نجد أنه جزء مهم جداً ضمن برنامج خدمات متكاملة مقدمة للمعاقين ، و من خلال التعرف على النماذج الفعالة و التي حققت نجاح مع المعاقين بمختلف فئاتهم العمرية يمكن الاستفادة من تلك التجارب الناجحة وفق المتطلبات التالية :

١) توفير اخصائي علاج طبيعي في مدارس التربية الفكرية لسد الاحتياج القائم .
٢) السعي الحثيث من الجهات المعنية بالاهتمام بالعلاج الطبيعي وإعداد الكوادر البشرية المؤهلة و السعي قدماً لتعزيز هذه الكوادر بتدريبها المستمر وتحقيق مكانتهم المهنية في المجال الطبي و الصحي .
٣) ضرورة الاهتمام بتقديم مواد دراسية في مجال الخدمات المساندة في مرحلة إعداد معلمي التربية الخاصة على مستوى الأقسام الأكاديمية في الجامعات المصرية .
٤) زيادة الوعي الاجتماعي بقضية المعاق وتعريف المجتمع بهذه الشريحة وبأهميتها وبدورها الحيوي الذي قد تبذله إذا ما وجدت العون والمساعدة ، ودور العلاج الطبيعي مع هذه الفئة الغالية علينا لاشك دور مهم للغاية كونه عصب الحياة التي تقوم عليها حياة المعاق .
٥) زيادة الوعي المعلمين بأهمية الخدمات المساندة في العلاج الطبيعي وتعريفه بأهميتها وبدورها الحيوي الذي قد تبذله إذا ما وجدت العون والمساعدة للمعاقين فكريا .
٦) التوسع في مراكز الخدمات المساندة المعنية بالمعاقين لتقليص قوائم الانتظار و تمكين جميع المعاقين من الحصول جميع الخدمات بما فيها العلاج الطبيعي .
٧) الاستفادة من تجارب الدول المتقدمة في مجال العلاج الطبيعي وخاصةً ما اثبت علمياً ضروري وجود فريق متعدد التخصصات في المدارس التربية الفكرية والمؤسسات ذات الصلة .

المراجع العربية

١. إبراهيم ،خليفة محمد (2006). "تربية ورعاية المتخلفين عقلياً"، المجلة التربوية، كلية التربية بسوهاج، جامعة جنوب الوادي، العدد(22)، يناير. ص ص273-301.

٢. أبو النصر، مدحت (2000) . مراحل العمل في مجال رعاية المعوقين ، الحياة الطبيعية حق للمعوقين، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد 62 السنة السابعة عشر، حزيران. ص 52- 56 القاهرة.

٣. أبوحطب ، فؤاد ،صادق ،آمال(1991). مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٤. أحمد ، جابر أحمد و صابر ،خالد عواد (2004). "دراسة ميدانية لرصد الخدمات المقدمة للأفراد المعاقين ذهنياً بمحافظة أسيوط ومدي كفايتها"، المؤتمر العربي الثاني (الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية)، جامعة أسيوط 14-15ديسمبر2004م، ص ص26-58.

٥. أسماء علي مصيلحي (2003). "مدي كفاية تجهيزات أبنية مدارس المعاقين في تحقيق أهداف التربية الخاصة في مصر: دراسة ميدانية"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بسوهاج، جامعة جنوب الوادي.

٦. إسماعيل، طارق (2000). العلاج الطبيعي. شركة رشاد برس: بيروت.

٧. جابر ،عبد الحميد جابر ، كاظم ،أحمد خيري (1987). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط2، القاهرة: دار النهضة العربية.

٨. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت لعام 2006م، القاهرة: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2007م.

٩. حنفي عبد ربه ،على (2007)."واقع الخدمات المساندة للتلاميذ المعوقين سمعياً وأسرهم والرضا عنها في ضوء بعض المتغيرات من وجهة نظر المعلمين والآباء"،

المؤتمر العلمي الأول ، كلية التربية جامعة بنها " التربية الخاصة بين الواقع والمأمول خلال الفترة من 15-16 يوليو ، ص ص 185-260

١٠. خالد، أحمد (1990). العلاج الطبيعي لماذا؟ مركز الأطرم للترجمة والنشر: القاهرة.

١١. الخطيب ، جمال (2010). مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

١٢. الخطيب ،جمال (1998).مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان.

١٣. خليفة، وليد السيد، وسعد، مراد علي (2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي .القاهرة: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

١٤. السرطاوي عبد العزيز والصمادي جميل (1998) .الإعاقات الجسمية والصحية، مكتبة الفلاح، الإمارات العربية المتحدة.

١٥. السيد ، فؤاد البهي (1979). علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشرى، ط3، (القاهرة: دار الفكر العربي).

١٦. السيد، السيد عبد النبي (2004). الأنشطة التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٧. الشراح، عبد الرحيم (2001). الهندسة الداخلية لذوي الاحتياجات الخاصة مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

١٨. الشمري ، طارش (2000) ."معوقات مشاركة الأسر في تقديم الخدمات التربوية لأطفالهم المعاقين"، جامعة الملك سعود، مركز البحوث التربوية عدد 157.

١٩. الطريقي. حمود بن محمد (1420) .الوسائل والأجهزة التعويضية للمعوقين، لقاءات علمية وثقافية في المكتبة الناطقة، وزارة المعارف، الأمانة العامة للتربية الخاصة (ص 687 – 712).

٢٠. عبد الحميد ،عايدة (1990)." العلاج بالفن مدخل نفسي تنموي لرعاية التلميذ المتخلف عقليًا " ، مجلة التربية وعلم النفس، كلية التربية، عين شمس، (14)، 65-95.

٢١. عبد اللاه ، يوسف عبد الصبور (2001). "المشكلات السلوكية الشائعة لدي المتخلفين عقلياً وحاجاتهم الإرشادية المقابلة لها: دراسة ميدانية بمصر وسلطنة عمان"، مجلة الثقافة والتنمية، سوهاج: جمعية الثقافة من أجل التنمية، العدد(3)، يوليو ص ص235-276.

٢٢. العبد الوهاب، سامي (2001) .إرشادات للتعامل مع العوق الحركي داخل المدرسة ، الرياض.

٢٣. عبيدات ، ذوقان وآخرون(1996). البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

٢٤. عوض مبارك (1414). "حلقات علاجية، التخيل الموجه"، مجلة التربية الفنية، الجمعية العربية السعودية للتربية الفنية، (4،5)، 56-89.

٢٥. عوض مبارك (2001). "مفهوم العلاج بالفن التشكيلي "، مركز البحوث التربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود (45) 1-48.

٢٦. الغامدي ،علي (1427)." العلاج بالفن التشكيلي وتطبيقاته الميدانية والبحثية بالمملكة العربية السعودية ". رسالة الماجستير غير منشور، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

٢٧. فراج، عفاف ،حسن ،نهى (2004). الفن لذوي الإعاقات . القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٢٨. القريطي ،عبد المطلب (1995). مدخل إلى سيكولوجية رسوم التلاميذ . القاهرة: دار الفكر العربي.

٢٩. القريني، تركي (2007) . "مدى توفر الخدمات المساندة وفاعليتها في دعم العملية التعليمية للتلاميذ التربية الفكرية". رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة الملك سعود.

٣٠. القريني، تركي (2015). "عوائق ممارسة العمل الجماعي بين معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة في تعليم التلاميذ ذوي الإعاقة بالمدارس العادية". مجلة كلية التربية. جامعة عين شمس. العدد (39). جزء (4)،2-4.

٣١. القصاص ، مهدي محمد (2004). "التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة: دراسة ميدانية"، المؤتمر العربي الثاني (الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية)، جامعة أسيوط 14-15ديسمبر، ص ص1-25.

٣٢. ماكنتوش ،دوجلاس (1986). الإحصاء للمعلمين، ترجمة: إبراهيم بسيونى عميرة، ط4، القاهرة: دار المعارف.

٣٣.مبارك ،خلف أحمد (2000). "أنماط السلوك اللاتكيفي الشائعة لدي تلاميذ مدارس التربية الفكرية بمحافظة سوهاج: دراسة مسحية مقارنة"، المجلة التربوية، كلية التربية بسوهاج، جامعة جنوب الوادي، العدد(15)، يناير، ص ص97-158.

٣٤. مجلة العلاج الطبيعي. (2007). ع 2. الجمعية السعودية للعلاج الطبيعي «سبتا».

٣٥. المحيطب، يوسف ، اخرون (2010)." دور أنشطة اللعب ف ي تعديل سلوك الأطفال ذوي الإعاقة العقلية". مجلة الإرشاد النفسي. ع 23. 475-497.

٣٦. مصطفي، محمد (2014)." فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المصحوبة بضعف سمع". مجلة التربية الخاصة والتأهيل. م (1). ع(4). 37-77.

٣٧. منسي ،محمود عبد الحليم (1994). القياس والإحصاء النفسي والتربوي، القاهرة: دار المعارف.

٣٨. الوابلي ، عبد الله (1996) ."واقع الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العاملين في معاهد التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية"، مجلة التربية ، جامعة عين شمس، عدد 20 ج2. ص ص 191 – 232.

٣٩. الوابلي، عبدالله (1996)." واقع الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العالمين في معاهد التربية الفكرية في المملكة العربية السعودية". مجلة كلية التربية، ع 20 (2)، 191–232.

٤٠. وزارة التربية والتعليم، الإدارة العامة للتربية الخاصة (إدارة التربية الفكرية)، المنهج الدراسي لمدارس وفصول التربية الفكرية عام 2005– 2006م، القاهرة: مطبعة وزارة التربية والتعليم، 2005م.

٤١. وزارة التربية والتعليم، القرار الوزاري رقم 37 لسنة 1990م بشأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة، القاهرة: مطبعة وزارة التربية والتعليم، 1990م.

٤٢. وزارة التربية والتعليم، الهيئة العامة للأبنية التعليمية، الأسس والمعايير التصميمية لمدارس التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة في مصر، القاهرة: وزارة التربية والتعليم،2000م.

٤٣. يوسف، محمد فوزي (2003). العلاج الطبيعي وأهميته في التربية الخاصة. كتاب المقال الرابع. مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.

٤٤. يوسف، محمد فوزي (2008) ."فاعلية برامج وخدمات العلاج الطبيعي في تنمية القدرات الحركية الكبيرة لدى الأطفال ذوي القدرات الحركية الخاصة". مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.

المراجع الأجنبية

1- World Health Organization (WHO), Country Statistical Profiles 2007, Regional Office the Eastern Mediterranean, 2007.(http://www. Emory .who. net/rd/annual reports/ 2007/

2- Lauth, G. W, Weiss S. R., "Modification of Self-injury and Self-mutilation Behavior Analysis of a Single Case Intervention Study of a Boy in a School for Mentally Retarded", Journal of Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2003, 52(2), pp.109-121. (http:// www. meds cape. com/ midline/abstract/12647604(

3- Maffre, T. and Others," Troubles Psychiques , Deficiency Intellectually et Scolarisation en Milieu Ordinaire Psychic Disorders, (Mental Deficiency and Standard School Integration)", EMC – Psychiatrie, Vol. 2, Issue 3, France, August 2005, pp.225-237 .

4- Martenz, E. H., Introduction to Group Activities for Mentally Retarded, Washington: Office of Education V.S., Department of Interior, Bulletin, No.7, 2003, pp.4-34 .

5- Schalock,R; Borthwich,S; Bradley,V; Buntinx.W. (2012).user's guide: applications for clinicians, educators, policy maker ,family member and advocates &heath care professionals .Washington, d.c. published by aaidd.

6- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD2007). http://www.aamr.org/policies/fag-mental retatardation.shtml.

7- Howard , W. Orlansky ,M . (1992) . Exceptional children . new York : Merrill publishing company .

8- J. Parkes, N. Hill, H. Dolk, and M. Donnelly, (2004), What influences physiotherapy use by children with cerebral palsy? Health and Social Care Research Unit, The Queen University of Belfast, Northern Ireland, U.K.

9- Joy Higgs, Adrienne Hunt, Charles Higgs and Deane Neubauer (1999), Physiotherapy Education in the Changing of International Healthcare and Educational Contexts.

School of Physiotherapy, Centre for Professional Education Advancement, Faculty of Health Sciences, Sydney, Australia, University of Hawaii, Hawaii.

10- Joy Higgs, Kathryn Refshauge & Elizabeth Ellis, (2001), Profile of the Profession, Portrait of the Physiotherapy Profession, Journal of International Care, Vol. 15, No. 1, 2001

11- Kay Stachurea, Frances Garven (2007), A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy students' attitudes to disabled people. School of Health and Social Care, Glasgow, Caledonian University, Glasgow, Scotland.

12- Megan Smith, School of Community Heath, Charles Strut University, Album, Australia; Joy Higgs, The Research Institute for Professional Practice, Charles Strut University, Elizabeth Ellis, the University of Sydney, Australia- Characteristics and Processes of Physiotherapy Clinical Decision Making.

13- U.S. Department of Special Education Program (2014). 2013-2012 annual report. Washington DC: Author.

14- Ochs, L., & Roessler, R. (2004). Predictors of career exploration intentions: A social cognitive career theory. Rehabilitation Counseling Bulletin, 47(4), 224-233.

15- Murugami, M. &Nel, N. (2012).A developmental career guidance and counseling process for learners with disabilities: preparation for employment .Educational Research(ISSN: 2141-5161). 3 (4), 362-370.

16- Ochs, L., & Roessler, R.(2001). Students with disabilities how ready are they for 21st century. Rehabilitation Counseling Bulletin, 44(3), 170-176.

17- Andrews, A. & Rose, J.(2010). A preliminary investigation of factors affecting employment motivation in people with intellectual disabilities .Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 7 (4), 239–244.