نظام التعليم المطور للأنتساب

دراسة الحالة
(صعوبات التعلم)

د/ مجدي الشحات

إعداد
هتـــآن

by hattan

المحاضرة الاولى

دراسة الحالة

تتعدد الوسائل التي يتم من خلالها الحصول على المعلومات التي ترتبط بحياة المريض وشخصيته ولا توجد أفضلية لوسيلة على أخرى ولكن من الممكن أن تكون أحدى الوسائل كافية في بعض الحالات ومن الممكن أن تستخدم أكثر من وسيلة لجمع المعلومات أو البيانات والمهم أن هذه الوسائل تكمل بعضها البعض لتقديم إطار معرفي كامل عن شخصية العميل أو عن الجانب المعنى بالدراسة

وتعتبر دراسة الحالة من أهم الوسائل التي تستخدم في جمع البيانات . وهى من أهم الإعمال التي يقوم بها المرشد وأنها الميزة التي تميز المرشد عن غيرة وبمقدار ما يملك المرشد من مهارة ودراية وخبرة على قدر ما ينجح في مساعدة العميل لان دراسة الحالة من أدق الأعمال الإرشادية فالمرشد يتعامل مع السلوك الانسانى الذي يصعب ضبطه أو التنبؤ به ومهارة دراسة الحالة عمل ميداني بحت ألا ما يقوم به الاختصاصي من تسجيل لازم في سجل مخصص وذلك خوفا من النسيان ومن الملاحظ أن المرشد يحس بمتعة كبيرة وهو يمارس هذا العمل الانسانى لاسيما إذا لاحظ تحسنا على الحالة التي يدرسها

المفهوم :

تتعد المفاهيم التي استخدمها الباحثون أو المرشدون لتعريف دراسة الحالة ألا أنها في مجملها تشير إلى الإطار الذي يتضمن كل المعلومات التي تجمع عن الحالة والحالة قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة وهى تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل وهى منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة وعن البيئة التي تعيش فيها الحالة

وتعرف بأنها وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل وهى تشمل دراسة مفصلة حول الفرد في حاضرة وماضية وهى بذلك تقدم تصورا فعليا لحالة الفرد .

وتعرف أيضا بأنها تقرير شامل متميز بالتحقيقات التشخيصية والتحليلية المكثفة حول الفرد أو حول أية ظاهرة حيث يركز الانتباه على العوامل المساهمة والمرسبة في تنمية أبعاد معينة في الشخصية أو تطوير مشكلات خاصة متعلقة بها

وتعرفا بأنها كل المعلومات التي تم جمعها عن الحالة وهى أسلوب لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل مختلفة،كالاختبارات والمقابلة والملاحظة وغيرها وذلك لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل وتهدف إلى فهم أفضل للمسترشد وتشخيص مشكلاته وتحديد أبعادها وبالتالي وضع الخدمات الإرشادية والعلاجية للتعامل مع المشكلة بفاعلية وكفاءة.

وتمثل دراسة الحالة المرآة الصادقة التي تعكس الصورة التراكمية لجوانب الشخصية الكلية للمسترشد وذلك من خلال الوصف الدقيق الذي تقدمه في إطار الدراسة المتكاملة المستخلصة حول العميل ويمكن وضع خطوط عامة لدراسة الحالة التي تم استخلاصها من خلال العرض السابق لمفاهيم دراسة الحالة على النحو التالي :

- تقدم دراسة الحالة تقريرا شاملا عن العميل
- تركز على الفرد والعميل
- تركز على العوامل التي أدت إلى تطوير مشكلات معينة لدى العميل

- تهتم بالنواحي الاجتماعية والطبية والنفسية والأكاديمية لدى العميل
- تعتبر دراسة الحالة طريقة مألوفة لدى المرشدين
- تقدم اكبر كمية من المعلومات حول العميل
- تهتم بماضي العميل وحاضره وتطلعاته المستقبلية

الأهداف :

تهدف دراسة الحالة إلى الوصول إلى فهم أفضل للعميل وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة والهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها اكلينيكا ويتم من خلال دراسة الحالة تحقيق الصحة النفسية للمسترشد وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي له وتعليمه كيفية حل المشكلات والتغلب عليها وتعديل سلوكياته. ويمكن صياغة أهداف دراسة الحالة على النحو التالي :

- جمع المعلومات والبيانات اللازمة عن العميل
- تحليل المعلومات والبيانات التي نحصل عليها من خلال دراسة الحالة
- مساعدة العميل في حل مشكلاته وصراعاته وإيجاد الحلول المناسبة للتغلب على هذه المشكلات وكذلك اختيار أفضل الحلول
- تحديد بعض المسارات العلاجية أو الإرشادية التي يمكن من خلالها حل المشكلات أو الصراعات التي يعانى منها المعنى بدراسة الحالة
- تحديد طرق وأساليب المتابعة التي يمكن من خلالها متابعة مدى تقدم العميل.

مميزات دراسة الحالة :

- تمثل دراسة الحالة نقطة البداية للاختبار الشخصي للفرد والذي يستخدمه المرشدون النفسيون عادة في عملهم
- تساعد المرشد على فهم الفرد والتعرف على مشكلاته
- تساعد الفرد على فهم نفسه وتحقيق ذاته
- تستخدم في إعداد المرشد النفسي وتوجيهه مهنيا
- تعطى وحدة كلية معرفية عن خصائص الفرد وسماته
- تعتبر أسلوبا تنظيميا للمعطيات الخاصة بالعميل
- البيانات والمعلومات التي تستقى من دراسة الحالة تشكل إطارا جديدا للبحث ويقصد به التعميم والتوصل إلى نظريات وقوانين

الأهمية :

تحتل دراسة الحالة أهمية كبيرة في المساهمة في تشخيص وتقييم الشخصية وكذلك في رسم الخطط العلاجية المناسبة وكذلك في توضيح أساليب المتابعة الفعالة ونجمل أهمية دراسة الحالة في الأمور التالية:-

- تعطى فكرة واضحة وشاملة عن العميل

- تعتبر دراسة الحالة وسيلة تقويم أساسية لتلخيص المعلومات المتاحة له بهدف تحديد ملامح استراتجياته الإرشادية التي يتبعها في التعامل مع مرشديه
- تقدم دراسة الحالة معلومات وتفسيرات حول العميل للآخرين المتصلين به والمهتمين بحالته بطريقة مكثفة وتشمل دراسة الحالة كل المعلومات المعروفة والتي قد تحمل معاني التشكيل العام لشخصيته كما توجد عليه فعلا
- دراسة الحالة تمكن المرشد النفسي من فهم الفرد فهما كافيا لتحقيق التخطيط الفعال للخطوات التالية التي تحقق تنميته وتطوره وهذا يعنى أن الدراسة الجيدة للحالة لابد أن تحتوى على كافة المعلومات الموثقة والمتاحة حول الفرد
- تمكن العميل من فهم ذاته وزيادة استبصاره بمشكلاته ومتاعبه
- تستخدم في أغراض البحث العلمي
- تعتبر دراسة الحالة الوسيلة الأساسية التي يستخدمها المرشدون في تشخيص الاضطرابات وفى اتخاذ القرار في العملية الارشاديية

الخطوات :

تعتمد دراسة الحالة على مجموعة من الخطوات هي مرحلة الدراسة التي يتم فيها جمع المعلومات والبيانات من مصادرها الأساسية ومرحلة التشخيص ويتم فيها الوقوف على ديناميات الشخصية من حيث نقاط القوة والضعف وسمات الشخصية وخصائصها وصراعاتها ومرحلة العلاج ويتم فيها تحديد انسب الطرق والأساليب الإرشادية والعلاجية المناسبة للحالة ومرحلة المتابعة ويتم فيها الوقوف على مدى فعالية الأساليب الإرشادية والعلاجية التي تم استخدامها مع الحالة أو مدى امتثال العميل للقواعد الإرشادية والعلاجية

مرحلة الدراسة ..

يتم فيها جمع المعلومات والبيانات عن الحالة من مصادرها الأساسية مثل المسترشد نفسه والأهل والأصدقاء وزملاء العمل أو رؤساء والمرؤوسين وكل ما يحيط بالحالة نفسها بالإضافة إلى تطبيق الاختبارات نفسها وملاحظة المرشد للمسترشد ثم يقوم المرشد بتنسيق هذه المعلومات مع بعضها البعض وتشمل ثلاث

خطوات رئيسية هي مناطق الدراسة–تحديد مصادر الدراسة –تحديد وسائل الدراسة

مرحلة التشخيص ..

تلي مرحلة الدراسة وجمع المعلومات هو الوصف الكلى الدقيق لديناميات شخصية الحالة وصراعاتها النفسية ومستوى ذكائها وقدراتها وسمات الشخصية التي تميزها عن الآخرين ونقاط القوة ونقاط الضعف وتهدف هذه المرحلة إلى الفهم الكامل لشخصية الحالة التي ندرسها

مرحلة العلاج ..

تأتى مرحلة العلاج بعد مرحلة التشخيص حيث أن التشخيص الدقيق يساعد المرشد على فهم الصراعات النفسية التي يعانى منها المسترشد والوقوف على أسبابها ومن ثم يساعده على تقديم الطرق الإرشادية والعلاجية التي تناسب المرشد

مرحلة متابعة الحالة :

يعنى تتبع الحالة لمعرفة مدى التحسن من عدمه فأحيانا يتحسن وضع الطالب الخاضع للدراسة لمجرد العناية والرعاية وهذا ما يطمع له المرشد ولكن أحيانا لا يتحسن وضع الطالب لأسباب غير مقدور عليها ومتابعة الحالة على النحو التالي :

- اللقاء بالمسترشد بين فترة وأخرى للسؤال عن حالته
- اللقاء ببعض المعلمين لمعرفة مدى تحسن الطالب علميا وملاحظتهم على سلوكه
- الاطلاع على سجلات الطالب ودفاتره ومذكراته وواجباته
- لاتصال بولي أمره إما عن طريق الهاتف أو بطلب الحضور للمدرسة لمعرفة وضعة داخل الأسرة وهل هناك تطورات جديدة حدثت ولابد أن يذكر المرشد تاريخ المتابعة ومتى تمت

عوامل نجاح دراسة الحالة :

يتوقف نجاح دراسة الحالة على العوامل التالية :

التنظيم :

يعنى به التنظيم والتسلسل والوضوح لكثرة المعلومات التي تشملها دراسة الحالة اى لابد ان تكون المعلومات التي تم جمعها واضحة ومنظمة وذات تسلسل منطقي لحياة العميل حتى يمكن التعرف على مشكلاته وأسبابها ومن ثم تقديم العلاج المناسب لها

الدقة :

لابد من تحرى الدقة عند جمع المعلومات عن الحالة ويتم ذلك من خلال وسائل متعددة ومراعاة تكامل المعلومات ومعنوياتها بالنسبة للحالة ككل والمشكلة التي تعانى منها

الاعتدال :

ويقصد به التوازن بين التفصيل الممل وبين الاختصار المخل ويتحدد طول دراسة الحالة حسب العميل وحسب هدف الدراسة فلا يتم إهمال المعلومات الضرورية والاهتمام بالمعلومات الثانوية أو الفرعية

التسجيل :

من أهم عوامل نجاح دراسة الحالة تسجيل المعلومات التي يتم الحصول عليها خاصة من العميل أثناء لمقابلة وتكون لها مدلولات هامة في تشخيص المشكلة وتقديم العلاج المناسب .

الاقتصاد :

يعنى به اقتصاد الجهد أي إتباع أقصر الطرق للوصول إلى الهدف

المحاضرة الثانية

مصادر اكتشاف الحالة

تقع مسئولية اكتشاف دراسة الحالة على الأسرة بالدرجة الأولى وخصوصا في حالات التخلف العقلي والإعاقة البصرية واضطرابات النطق والكلام والإعاقة الحركية وبعض الاضطرابات النفسية الحادة حيث يلاحظ الآباء وجود خلل ما أو قصور في بعض الوظائف لدى الطفل مقارنة بإخوته العاديين أو مقارنته بمن هم في نفس عمر الطفل وهناك بعض المشكلات التي والاضطرابات التي تقع مسئولياتها على المعلم بالدرجة الأولى مثل حالات صعوبات التعلم والمشكلات النفسية والسلوكية الصفية التي قد يلاحظها المعلم أكثر من غيره وعلى العموم قد يشارك في اكتشاف الحالة العديد من الأشخاص كل فيما يخصه ويتم في الخطوات الآتية تحديد مصادر اكتشاف الحالة نشئ من التفصيل :

الحالة نفسها : عندما يلجا الي المرشد لطلب المساعدة في حل مشكلته التي يعانى منها المرشد وذلك من خلال ما يلاحظه أو يسمعه عن سلوكيات بعض الطلاب من خلال أدائه لعملة الميداني .

المواقف اليومية الطارئة : عندما تتكرر المواقف على طالب أو أكثر مما يستدعى الأمر تحويله إلى المرشد لدراسة حالته .

إدارة المدرسة : عندما يحول الطالب من قبل المدير بغرض علاج حالته .

المعلمون : ما يلاحظه المعلمون من على الطالب داخل الفصل وخارجة فتتم إحالته إلى المرشد حتى يتم تعديل مساره ومسايرة زملائه الآخرين .

الأسرة : من خلال ملاحظة بعض السلوكيات على احد أبنائها الأمر الذي يتطلب عرضه على المرشد لدراسة حالته .

اللجنة الإرشادية : من خلال تلك البرامج التي تعمل على تكاتف العمل بين المرشد وطلبة اللجنة الإرشادية والتعاون بينهم في القضاء على بعض السلوكيات التي قد يلاحظونها على زملائهم .

العيادات النفسية : حيث يتردد على العيادات النفسية بعض الإفراد اللذين يعانون من مشكلات حادة تستدعى تقصى حالاتهم بشئ من التفصيل .

المراكز المعنية : وتشمل مراكز الرعاية الخاصة والعامة ومراكز الشؤون الاجتماعية ومراكز رعاية الأسرة حيث يتردد على هذه المراكز بعض الأفراد الذين يعانون من مشكلات تستدعى الفحص والدراسة .

جهات أخرى : وتشمل المراكز الخاصة داخل حقول العمل والتي يتردد عليها العاملون .

أشخاص آخرون : وتشمل رؤساء العمل والزملاء حيث يلاحظون بعض السلوكيات الشاذة وغير المناسبة والتي تحتاج إلى فحص ودراسة .

مزايا دراسة الحالة :

- تعطى للشخصية صورة أوضح واشمل
- تيسر فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس دقيق غير متسرع مبنى على دراسة وبحث
- تساعد العميل على فهم نفسه بصورة أوضح
- تفيد في التنبؤ بالمستقبل من خلال دراسة وماضي وحاضر العميل

– لها فائدة إكلينيكية خاصة لأنه من خلالها يحدث نوع من التطهير الانفعالي والتنفيس وإعادة تنظيم الخبرات والأفكار والمشاعر وتكوين استبصار جديد للمشكلة

– تستخدم لأغراض البحث العلمي والأغراض التعليمية في إعداد وتدريب المرشدين النفسين

الإبعاد الأساسية في دراسة الحالة :

– يتطلب الحديث عن اى حالة من وجهة النظر الدينامية (التفاعلية) الأخذ بعين الاعتبار أبعاد الإنسان الأساسية والتي من المفترض أن تكون موزعة على ثلاث أبعاد هي البعد الجسمي– والنفسي والبيئي كما يفترض أن تشمل بطاقة دراسة الحالة على هذه الأبعاد الثلاث في الحالة (العميل) بهدف التعرف على التفاعل على فيما بينها لان فهم هذا التفاعل يساعد المرشد النفسي كثيرا في تشخيص مشكلة المسترشد .

البعد الأول : البعد (الجسمي) ..

يعرف الجميع أن الجسم مكون مادي له وظائف اختص علم وظائف الأعضاء (الفسيولوجي) في دراستها إلا أننا لسنا معنيين بهذا العلم بقد ما نحن معنيين بالاستفادة مما جاء به هذا العلم لكي يخدمنا في دراستنا لسلوك المسترشد أثناء دراسة حالته لذلك من المفيد أن يلم المرشد النفسي ببعض الجوانب الفسيولوجية التي تتعلق كثيرا بالسلوك (النشاط العصبي الهرموني)ونؤكد على أن النشاط العصبي والهرموني يؤثران في استجابة الحالة بل قد يحددان النمط السلوكي الذي يلاحظه معلموه أو المرشد النفسي في المدرسة فإفراز قدر زائد من هرمون الغدة الكظرية (هرمون الأدرينالين) يرفع مستوى عتبة التوتر إلى درجة أن اقل المثيرات(توجيهات المعلم على سبيل المثال لا الحصر داخل الصف)حدة أو شدة قد تدفع بالطالب إلى ثورة من الغضب

أضف إلى ذلك ينبغي على القائم بدراسة الحالة أن يتتبع مظاهر البعد الجسمي الأخرى ذات العلاقة بالاستجابات الجسمية والتي تبدوا على هيئة حركات وإيماءات وتعبيرات الوجه ونمط الجلوس ٠٠٠الخ اى نمط اللغة غير اللفظية التي تصدر عن العميل أثناء المقابلة الإرشادية .

البعد الثاني : (البعد النفسي) ..

يشمل البعد النفسي على الاستجابات التي تتعلق بالنشاط العقلي والانفعالي كالتفكير والتوقعات والذكريات والخوف والقلق والاكتئاب والخجل فالمرشد النفسي الذي يدرك نمط تفكير الحالة سيسهل علية إدراك آلت إليه الحالة و التنبؤ بسلوكها بل سيساعد هذا الإدراك المرشد على وضع خطته العلاجية لحل مشكلة المسترشد وبكل تأكيد لا تنفصل أساليب التفكير ونمط التوقعات وطبيعة الذكريات عن نوع وشدة الانفعالات التي تتسبب في إرباك الحالة أو المسترشد في كثير من المواقف المدرسية أو غير المدرسية .

البعد الثالث : (البعد البيئي) ..

ويقصد به كل المؤثرات الخارجية سواء كانت أسرية أو مدرسية أو اقتصادية أو اجتماعية أو طبيعية ٠٠٠٠٠الخ التي تؤثر في البعد الجسمي والنفسي ولذلك أن يتنبه المرشد النفسي أثناء دراسة الحالة للتأثيرات البيئية التي تتدخل في نجاح أو فشل دراسة الحالة لكي يشجع عليها أو يحد منها بقدر الإمكان دراسة الحالة من خلال الأبعاد .

فهم العميل أو المسترشد الذي يخضع لتعديل السلوك في العملية الإرشادية هدف لابد منه ولا يتحقق هذا الهدف إلا بمحاولة علمية لمعرفة المتغيرات المتضمنة في شخصية العميل وان دراسة الحالة كمنهج علمي تحقق هذا الهدف بالطبع ليست دراسة الحالة هي

الطريقة العلمية الوحيدة لمعرفة المتغيرات المسببة لاضطراب السلوك بل هناك عدد من الوسائل التي تمكن المرشد أو المعالج النفسي من تحقيق الفهم الجيد لشخصية العميل أو المسترشد ولكي نبدأ خطوتنا الأولى في فهم العميل من خلال دراسة الحالة نتوقف عند علاقة أبعاد الشخصية بالسلوك الظاهر أو الصريح الذي يعمل المرشد النفسي على ملاحظته خلال جلساته مع العميل .

الجسم في دراسة الحالة :

يمكن تحرى علاقة الجسم باضطراب سلوك العميل من خلال الجسم فالاستمارة التي يتم استخدامها للتعرف على على بعض البيانات حول جسم العميل التي تفيد في هذا الجانب كالتعرف على الأمراض الجسمية السابقة أما ما لم تشر إليه الاستمارة فهو تلك المتغيرات الجسمية ذات العلاقة باللغة اللفظية وغير اللفظية والتي يفترض أن يلاحظها المرشد أثناء المقابلة .

يحتاج المرشد النفسي أثناء المقابلة الإرشادية إلى بيانات لم ترد في استمارة دراسة الحالة لذلك تكون ملاحظة العميل أثناء المقابلة إجراء ضروريا لاستكمال البيانات فقد لا يفصح العميل عن بعض أسباب اضطرابه أو مشكلته إما لعدم وعيه بهذه الأسباب وإما لأنه لا يريد أن يذكرها لذلك يمكن التركيز على سلوكه اللفظي وغير اللفظي كما يمكن للمرشد النفسي الاستفادة من سلوك العميل غير اللفظي الذي يتبدى في أوضاعة الجسمية أثناء المقابلة وفى تعبيرات وجهه٠٠٠٠الخ كما يمكن التنبه للتغيرات الفسيولوجية الحادثة للعميل في مواقف بعينها وذلك من خلال توجيه بعض الأسئلة من قبيل: ماذا يحدث لتنفسك أثناء أداء الاختبار؟

ويمكن الاستفادة من المتغيرات الجسمية عندما يتم تحليلها ضمن سياق شخصية العميل او ضمن علاقة بيانات الجسم مع البيانات الأخرى .

النفس في دراسة الحالة :

وتشمل التغيرات الانفعالية كالشعور بالخوف أو القلق أو الخجل في مواقف محددة قد توجه المرشد النفسي لأنماط التفكير والتوقعات المتعلقة أو المرتبطة بهذا النوع من الانفعال أو ذاك اى أن هناك مواقف بعينها قد يشعر الطالب أثناءها بالتوتر الانفعالي مثل عندما يطلب منه المعلم الوقوف أمام زملائه الطلاب ليلقى كلمة في لفصل أو الطابور اذ يمكن تتبع العمليات الذهنية المصاحبة للانفعال لتحديد صلتها أيضا بالتوترات الجسمية الصريحة وغير الصريحة.

البيئة في دراسة الحالة :

يتطلب معرفة الجوانب البيئية المؤثرة للعميل بالسؤال عن المتغيرات الفيزيقية والاجتماعية التي من شانها أن سببت وتسبب مشكلته الحالية فقد تكون من أسباب مشكلته بيئة الفصل أو بيئة الأسرة أو علاقاته الاجتماعية مع زملائه الطلاب ثم محاولة المرشد تقصى أساليب التفكير والتوقعات والتفسيرات والمحاورات الذاتية التي يقيمها الطالب لكي يبرر سلوكه حيال نفسه وحيال الآخرين ومدى علاقة هذا مع مشكلته التي يعمل المرشد على تقصيها خلال دراسة الحالة .

التفاعل بين الأبعاد الثلاث في دراسة الحالة :

يشمل تعبير الحالة على الأبعاد الثلاث المذكورة أعلاه وكل بعد من هذه الأبعاد يتضمن متغيرات مختلفة تساهم جميعا فى تكوين السلوك الحالي أو الحالة كما هي عليه هنا وألان أو كما هي عليه في المكان والزمان .

وتتفاعل هذه الأبعاد مع بعضا البعض مكونة ما نسميه السلوك بالطبع يشتمل كل بعد من هذه الأبعاد على عدد من المتغيرات وهذه المتغيرات قد تسمى السمات أو الأنماط السلوكية أو العادات ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي:-

أولا : **الجسم كبعد له عدد المتغيرات نصنفها إلى** ..

- المتغيرات الصريحة (السلوك اللفظي وغير اللفظي)
- المتغيرات الفسيولوجية (كنبض القلب. والآلية التنفسية ، والنشاط الهرموني والعصبي)

ثانيا : **النفس لها عدد من المتغيرات تصنف إلى** ..

- متغيرات انفعالية (كالقلق والغضب والابتهاج)
- متغيرات معرفية (كالتوقعات الذكريات والتصورات)

ثالثا : **البيئة يمكن تصنيفها إلى** ..

- متغيرات فيزيائية لها صلة بالمثيرات الطبيعية أو في الطبيعة (كالمسموعات والمرئيات)
- متغيرات اجتماعية (كالعلاقات الاجتماعية والنظم الثقافية)

مثال لتفاعل الأبعاد الثلاثة السابقة :

المسترشد (س) يجلس أمام المرشد النفسي على المقعد ويداه ترتجفان ،ويكاد لا يثبت في مكانه ملتزم الصمت عند سؤاله كيف للمرشد أن يستنتج البعد الجسمي ،والنفسي والبيئي في هذه الحالة ؟لا يستطيع المرشد أن يصدر حكمة على المسترشد لأنه لم تكتمل لديه جميع البيانات اللازمة عن المسترشد والمطلوب هو (افتراض أولى لتوجيه مسار دراسة الحالة) فما يمكن الاستفادة منه في حالة هذا المسترشد هو ..

ملاحظة مظهره العام (لغة الجسد) طريقة جلوسه استجابات المسترشد غير الإرادية ألفاظه أن وجدت مظاهر التوتر العامة نحو افتراض التشخيص الأولى للحالة

- على المرشد أن يربط مظهر الحالة العام الذي يلاحظه باستجاباته غير الإرادية فعادة ما يكون ارتجاف الأطراف مؤشرا لتوتر الجهاز العصبي غير الارادي السمبثاوى وهذا الافتراض يدل على وجود توتر حشوي كما في الجهاز القلبي (كزيادة فى النبض)
- يدلل البعد الجسمي الذي وصفناه على وجود القلق أو الخوف عند الحالة وهذا يستدعى في تفكير المرشد النفسي الانتباه للمتغيرات الذهنية كطريقة تفكير الحالة وتوقعاتها المستقبلية أو ماضيها على هيئة ذكريات
- تقود هذه الاستنتاجات حول البعدين الجسمي والنفسي للحالة إلى التركيز على البعد البيئي كالظروف الأسرية ومستوى الإشباع النرجسي من قبل البيئة الاجتماعي .
- من المفيد جدا أن يدون المرشد جميع ملاحظاته هذه لكي يستفيد منها في إعداد لقائه في الجلسة القادمة مع الحالة.

المحاضرة الثالثة

محتويات دراسة الحالة :

يدعو "دولارد" إلى الأخذ بدراسة الحالة بوصفه منهجاً علمياً وذلك فى ضوء سبعة محكات هي : **١-** النظر إلى الفرد بوصفه عينة في حضارة معينة . **٢-** فهم دوافع الشخص في ضوء مطلب المجتمع . **٣-** تقدير الدور الهام للعائلة في نقل هذه الحضارة.

٤- إظهار الطرق التي تتطور بها الخصائص البيولوجية للفرد في سلوك اجتماعي والتفاعل مع الضغوط الاجتماعية. **٥-** النظر إلى سلوك الرشاد في ضوء استمرار الخبرة من الطفولة إلى الرد. **٦-** النظر إلى الموقف الاجتماعي المباشر بوصفه عاملاً في السلوك الحاضر وتحديد أثره على وجهة الخصوص. **٧-** إدراك تاريخ الحياة من جانب المرشد بوصفه تنظيماً لسلسلة من الحقائق غير المرتبطة.

– وتشمل دراسة الحالة مجموعة من البيانات والمعلومات وتعتمد على وائل متعددة موضوعية وذاتية في جمعها وقد تختلف البيانات في مجملها من دراسة حالة إلى دراسة حالة أخرى إلا أن معظم دراسات الحالة تشتمل على البيانات الرئيسية التالية :

أولا: المعلومات والبيانات العامة ..

تشمل جميع المعلومات عن الحالة (الاسم – السن – العنوان – تاريخ الميلاد – المهنة – مهنة والدية – عدد الأخوة والأخوات معلومات عن الأقارب والرفاق والأصدقاء)، علاقته بمن يتعامل معهم من معلمين وأخصائيين وأطباء والزوجة والأولاد إن كان متزوجا.

ثانيا : المعلومات الشخصية وتتضمن ..

الخلفية التاريخية : وتشمل المتغيرات الآتية :

١- بيئة العميل : وتشمل البيئة الجغرافية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية، وبخاصة ما يكون قد وقع من تغيير هام فيها مثل الهجرة والانتقال من بيئة إلى أخرى، أو تغيير في المستوى الاقتصادي والتقاليد الغالبة والمميزة له.

٢- النمط العائلي : عمر كل من الوالدين، وتعليمهما ، الخلفية الاقتصادية، والاجتماعية والسمات المميزة لكل منهما، علاقتهما بالعميل وبباقي أفراد الأسرة، ألسمات المميزة للأشقاء وترتيب ميلادهم، وعلاقاتهم بالعميل، أي أنماط أخر؛ مثل : تعدد الزوجات، والطلاق، والجو المترلي، أسلوب التنشئة السائد (تدليل ، سيطرة، لا مبالاة، قلق، إهمال، تسلط، حماية زائدة...)، درجة تعلق العميل بعائلته (وثيقة ، ضعيفة)، الوالد المفضل.

٣- التاريخ الشخصي : ظروف الولادة (هل كانت طبيعية أم متعسرة) طريقة الرضاعة (طبيعية أم اصطناعية) وقت الفطام والتسنين واستجابته لهما، بداية المشي، الاستجابة لضبط الإخراج، قضم الأظافر، صعوبات النطق، اللعب، نوبات الغضب، معاملة الوالدين له، الأبطال المفضلون، ألتخيلات عن الذات، الاتجاه العام السائد في الطفولة الأولى (متعاون، مطيع، محب للظهور، خجول سلبي)

٤- التاريخ التعليمي : السن عند دخول المدرسة والتخرج، المواد المفضلة والمكروهة، مستوى التحصيل، الصداقات المدرسية (قليلة – كثيرة – عميقة – عارضة) الميول والهوايات، العلاقة مع المدرسين، عضوية الجماعات المدرسية وأدواره فيها.

٥- التاريخ المهني : الميول والإنجازات المهنية، درجة الاستقرار المهني والعوامل المرتبطة به، الرضا عن المهنة ومستويات الطموح العلاقة مع الزملاء والرؤساء والمرؤوسين.

٦- التاريخ الجنسي والزواجي : متى وكيف اكتسب العميل المعلومات الجنسية الأولى، فكرته الأولى عن ولادة الطفل وعن العلاقات الجنسية بين الوالدين، الخبرات الجنسية الأولى والعادة السرية، اللعب الجنسي، العلاقات مع أفراد من نفس الجنس أو من الجنس الآخر، خبرات البلوغ ذات الطابع الجنسي (سن البلوغ – الدورة الشهرية)، الاستجابة للنشاط الجنسي (قلق، شعور بالذنب، تقزز،إشباع) خبرات الارتباط العاطفي، ظروف الزواج، نموذج الزوجة، الاتجاه نحو الزاج، الخبرات الزوجية، ألتوافق الجنسي في الزواج، هل هناك اتفاق على تنظيم الأسرة.

٧- التاريخ الطبي : هل توجد اضطرابات عقلية في العائلة في الماضي أو الحاضر، أسباب وفاة الوالدين والأقارب، الصحة البدنية للعميل وتطورها تاريخياً، اتجاه العميل نحو العلاقة المحتملة بين الاضطرابات الانفعالية والبدنية.

٨- الاهتمامات والعادات الأخرى : الهوايات والأنشطة السياسية، والرياضية والدينية والاجتماعية، ألقراءات المفضلة، العادات مثل التدخين والإدمان والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين (مستقرة – سطحية – مذبذبة).

٩- النمو : من حيث معدل تطوره وتحقيق مطالبه واضطراباته ومشكلته.

نشأة وتطور المرض الحالي :

ويشمل تلخيصاً للتسلسل الزمني للأحداث والتطورات والمداخل الرئيسية، ومقارنة بين الخصائص المزاجية والسلوكية قبل وبعد المرض. الأعراض الهامة التي أدت إلى إلحاق المريض بالمستشفى، أو طلب العلاج، التشخيص، العلاج في كل مرحلة والصعوبات التي واجهته، توضيح للموقف الحالي وقت هذه التقرير، مع توضيح أي إجراءات قانونية أو إدارية يجرى اتخاذها

المظهر الحالي والسلوك العام :

تشمل المظهر الجسمي، العمر الظاهري، اعتدال القامة، شذوذ جسم، عادات حركية (خمول، نشاط زائد، رعشة، تصبب العرق اضطرابات حركية .. حالة الشعر والملبس والأظافر ورائحة الجسم، التعبيرات الوجهيه الاستجابة للمقابلة مدى انتباهه وتتبعه لما يجرى في المقابلة وتكيفه مع الظروف المختلفة، هل يسمح بسهولة مع الموقف، هل يسعى إلى الطمأنة، هل يعتمد على تشجيع الآخرين له، هل يتعرف على أخطائه، هل يكثر من تبرير سلوكه، هل يعمل بمعدل واحد دائماً رغم اختلاف نوع العمل.

القدرة على التركيز :

تركيز التفكير ووجهته هل يمكن ملاحظة هذه القدرة وقياسها من خلال تطبيق اختبارات مثل وكسلر – وستانفورد بينيه واختبارات أخرى مثل اختبار الطرح واختبار التركيز.

محتوى التفكير :

ويتضمن التعرف على معتقداته، واتجاهاته، خلفيته الحضارية والثقافية والمعتقدات السائدة فى مجتمعه، ما الأفكار التي تشغل بال العميل

الحالة الانفعالية :

يستدل عليها من أقوال العميل عن مشاعره الداخلية ومن التعبير الظاهر عنها بالإضافة إلى تقدير الفاحص، ويمكن وصف الحالة الانفعالية في النقاط التالية :

الحالة المزاجية السائدة : وتشمل المرح والكآبة، القلق، اللامبالاة ...

التقلب في الحالة المزاجية : قد نجد مريضاً ينقلب في لحظة من حالة البكاء إلى الضحك بينما نجد مريضاً آخر تكاد تتجمد حالته المزاجية دون تغيير.

ملائمة الاستجابات الانفعالية للمحتوى العقلي المعبر عنه :

يقصد بها أن تتناسب الحالة الانفعالية للفرد مع الموقف الذي يجد نفسه فيه، ولكن الشخص المضطرب يغلب أن تثبت الاستجابة الانفعالية على حالها برغم اختلاف الموقف.

الوظائف الحسية والقدرات العقلية :

تقييم درجة اتصال المريض بالبيئة والواقع كما يتمثل في وعيه وذاكرته وقدرته على فهم المواقف، أسلوب حل المشكلات وأداء العمل (منظم، مضطرب، هل يفكر ويخطط ثم يعمل، أسلوب المحاولة والخطأ، مدى قدرته على الوعي بالزمان والمكان والأشخاص الذاكرة المباشرة تتضمن الذاكرة البعدية والقريبة، الاستيعاب، والفهم، الذكاء، الاستبصار .

الاختبارات السيكولوجية التشخيصية :

يطبق المرشد الاختبارات مع ملاحظة الجوانب السابقة خلال استجابة العميل لمواقف الاختبار.

- الفحوص الطبية والمعملية :

تشمل فحوص السمع والبصر والدم والبول، رسم المخ، السائل الشوكى المخي.

- الملخص العام :

يشمل خلاصة المعلومات ذات العلاقة بالحالة.

ثالثا : الصياغة التشخيصية ..

يلخص المرشد الحالة ديناميكياً ويضع الشخصية فى أية صورة من صوره المألوفة، ويحاول القائم بدراسة الحالة أن يتبين الصراع الاساسى مثل الشعور بالذنب مقابل تبرير الذات وبالاستقلال مقابل الاعتماد، أو المشكلة الأساسية التي يتركز حولها اهتمام المريض مثل السمعي، الأمن، الطهارة، الذنب..... وقد يحدد مستوى النضج الانفعالي للمريض مثبتاً صحة تقديره باقتباس نماذج من الخصائص السلوكية للعميل (مستوى الطفولة المبكرة، الطفولة، المراهقة الأولى، المراهقة المتأخرة، الرشد) كما يمكن أن يلخص ما سبق باستخدام إحدى التصنيفات الإكلينيكية .

رابعا : التوصيات ..

تشمل مقترحات الإرشاد مثل تقديم العلاج المناسب للحالة أو التوصية بالحصول على معلومات أخرى أو إحالتها إلى أخصائيين آخرين، ويعتمد علاج المشكلات النفسية والاجتماعية على مدى ما توفر من معلومات عن الحالة، كما أن العلاج يعتمد اعتماداً كلياً على إزالة الأسباب الذاتي والبيئة التي كونت المشكلة، ولكن ليس بمقدور المرشد إزالة كل الأسباب لأن هناك أسباباً لا يمكن إزالتها أو القضاء عليها ولكن يمكن أن يعمل المرشد على التخفيف من أثرها على المسترشد، ومساعدته فى التكيف معها، وهذا في حد ذاته أفضل من ترك المسترشد عرضه للصراع والتوتر والقلق. كما يعتمد العلاج اعتماداً كلياً – أيضاً – على التشخيص الدقيق بنوعيه التشخيص الذاتي والتشخيص البيئي ولا ينبغي التفكير بأن تقسيم التشخيص إلى ذاتي ويعنى أنهما منفصلان ولكنهما متداخلان يؤثر بعضهما على الآخر .

خامسا : **المتابعة** ..

وتشمل متابعة الحالة للتأكد من الفائدة التي تحققت من وراء الجهد الكبير وتوظيفها لتحقيق أهداف العملية الإرشادية

- التقرير النفسي عن دراسة الحالة :

يعتبر التقرير النفسي المحصلة النهائية التي تدل على المعلومات المتباينة التي حصل عليها المرشد النفسي من مصادرها المختلفة حول المسترشد، وهو وسيلة بنائية للمساعدة في تلخيص حالة كلم سترشد، حيث يعطى صورة واضحة للمرشد عن الحالة وما وصلت إليه، ومن ثم تقديم الأساليب الإرشادية المساعدة في علاجه.

أولا : **معلومات وصفية** .. مثل معلومات شخصية (العمر، الاسم) – مشكلات المسترشد التي دفعته لطلب الإرشاد، معلومات عن أسباب الإحالة من وإلى المرشد.

ثانيا : **معلومات إرشادية** .. مثل (الطرق والأساليب الإرشادية التي اتبعت وتأثيرها) – التقويم النهائي للمقابلات – التشخيص النهائي لحالته.

ثالثا : **معلومات تتعلق بالشخصية** .. مثل وسائل التقويم المستخدم الاختبارية وغيرها – نتائج التقويم الاختباري وغير الاختباري.

رابعا : **الخلاصة** .. إبراز العناوين الأساسية التي تناولها التقرير – توضيح المشكلة الرئيسية وأعراضها وأساليب علاجها والنتيجة.

خامسا : **التوصيات** .. توجيه التوصيات للمسترشد بهدف تبصيره بما انتهت إليه حالته أن توجيه توصيات لزميل آخر أو أحد أفراد الأسرة لمتابعة الحالة

ما يجب مراعاته عند كتابة التقرير النفسي :

كتابة دراسة الحالة بصورة دقيقة وموضعية وتجنب المصطلحات الفنية والابتعاد عن التعميم.

ويجب أن يراعى المرشد ذاتيته عند كتابة التقرير وأن يبتعد عن إسقاط الأفكار الذاتية وكذلك التقييم والاتجاهات الخاصة.

أن يظهر المرشد نتائج التشخيص في المشكلة والمعلومات والبيانات التي جمعت دون التأثر بما يعتقد من نظريات.

أن لا يكون التقرير طويلاً بحيث يسهب المرشد في نقاط معينة وألا يكون التقرير قصيراً جداً بحيث يغفل المرشد نقاطاً هامة.

يتجنب المرشد إعطاء الاهتمام للأحداث المثيرة فقط ويغفل بعض الجزيئات التي تكون ذات أهمية.

التفسير والتوصيات : وتتضمن التشخيص والعلاج في الجانب الوقائي والنمائى ٠

الصعوبات التي تواجه دراسة الحالة :

تحتل دراسة الحالة مكانة كبيرة بين الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وذلك نظراً للأهمية الكبيرة وللمهمة الأكبر التي تقوم بها دراسة الحالة، إذ يعتمد عليها المرشد النفسي اعتماداً كبيراً سواءً في الحصول على المعلومات أو البيانات المتعلقة بالعميل أو في رسم خطط العلاج أو في تحديد أساليب المتابعة المناسبة، لهذه الأهمية الكبرى لدراسة الحالة تواجه دراسة الحالة العديد من الصعوبات التى تكون عقبة أمام تحقق الأهداف المنشودة من دراسة الحالة، وهذه الصعوبات هي :

عامل الوقت : يشكل الوقت عقبة كبيرة في دراسة الحالة إن لم يعطلها من أساسها حيث إن الوقت المستنفد في جمع المعلومات المكثفة حول العميل قد يفوق الفترات الزمنية التي يجب أن تستثمر في المقابلات الإرشادية مع المرشد النفسي، كما أن تباين مصادر المعلومات وتنوعها كفيل بأن يطيل المدة المستغرقة في الحصول على هذه المعلومات، ولما كان لا يمكن بأي حال من الأحوال أن

آخر المقابلات الإرشادية بسبب الحصول على هذه المعلومات لأن تجميعها وتوفرها في وقت متأخر يصبح بلا جدوى وعديم الفائدة نظراً لعدم استخدامها واستثمارها لصالح المسترشد في الوقت المناسب لها.

المعلومات المستهلكة : إن انتقال المسترشد من مكان سكنه إلى مكان آخر أو انتقال الأفراد الذين كانوا يحيطون به في فترات مهمة من حياته قد يجعل مهمة الحصول على المعلومات اللازمة عنه مهمة صعبة،.

حيث يحدث تغيرات متباينة على الأحداث التي مرت عليه في حياته مما يجعلها قد تكون مشوبة بالتحريف أو تكون في موضع تساؤل ممزوج بالشك، الأمر الذي يجعلا لمعلومات مستهلكة ومتصفة بعدم الصدق والثبات .

المعلومات المجردة : هي حقائق عليها المرشد من مصادرها المختلفة دون أن يأخذ في حسبانه مشاعر المسترشد وأحاسيسه وانفعالاته واتجاهاته وتصوراته حول نفسه وحول مشكلاته أي أن المعلومة عن المسترشد تستخدم بمعزل عن مشاركته الفعلية والإيجابية في تدعيمها لمشاعره، الأمر الذي يجعل المعلومات غير واضحة مما يؤدى إلى خطأ في التشخيص.

عدم تنظيم المعلومات : التي يتم جمعها عن الحالة بصورة جيدة ومنظمة يجعلها مجرد حشد للمعلومات المنفصلة التي لا يربطها رابط مما يجعلها لا تؤدى أية فائدة بل تصبح معرقلة أكثر منها مساعدة .

المحاضرة الرابعة

الفصل الثاني - أساليب مرتبطة بدراسة الحالة

يستخدم بعض الباحثين العديد من المصطلحات كبديل لدراسة الحالة وقد يخلط البعض بين مصطلح دراسة الحالة Case Study والعديد من المصطلحات مثل تاريخ الحالة Case History ؛ مؤتمر الحالة Case Conference ؛ وتاريخ الحياة Life History ونلقى الضوء في السطور التالية على هذه المفاهيم على النحو التالي :

تاريخ الحالة Case History :

يعرف تاريخ الحالة بأنه جزء من دراسة الحالة يطلق عليه "تاريخ الحياة" ويتناول دراسة مسحية طولية شاملة للنمو منذ وجوده والعوامل المؤثرة فيه وأسلوب التنشئة الاجتماعية والخبرات الماضية والتاريخ التربوي والتعليمي والصحي والخبرات المهنية، والمواقف التي تتضمن الصراعات والإحباطات وتاريخ التوافق النفسي وتاريخ الأسرة بطريقة شاملة وموضوعية.

وتختلف دراسة الحالة عن تاريخ الحالة، فدراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع مستعرض لحياة الفرد، أي أنها دراسة استعراضية لحياة العميل تركز على حاضر الحالة ووضعها الراهن .. بينما تاريخ الحالة بمثابة قطاع طولى لتاريخ الحالة، أى أنها دراسة طولية لحياة العميل يقتصر على الماضي أي دراسة تتبعيه لحياة الحالة .

أساليب مرتبطة بدراسة الحالة ..

وحدد "روزكرينس وهادى" تاريخ الحالة في ضوء اقتصاره على معلومات مفصلة حول شخص معين مغطية عدداً من سنين عمره مثل: الحقائق المحددة، تاريخ الأسرة، خبرات الطفولة المبكرة، التاريخ التربوي، التاريخ الصحي، خبرات التطور الاجتماعي، نتائج الاختبارات، الخبرات المهنية، الاهتمامات والميول والأهداف، الإحالات السابقة، وقد خص "هادى" مصطلح تاريخ الحالة على المعلومات المجمعة حول العميل فيما يتعلق بماضيه، مشتملة على تطور الأسرة والتطور العضوي والتاريخ الاجتماعي والتربوي والمهني .

مؤتمر الحالة Case Conference :

يعرف مؤتمر الحالة بأنه اجتماع يضم كل أو بعض الأشخاص الذين يهمهم أمر المريض وكل أو بعض من لديه معلمات خاصة به ومستعد للتطوع والإدلاء بها وتفسيرها وإبداء بعض التوصيات بموافقة المريض (ويضم مؤتمر الحالة الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمدرس – المرشد، الوالدان، الأقارب، الأصدقاء) أي كل من يهمه أمر المسترشد

أنواع مؤتمر الحالة ..

- **مؤتمر الحالة الواحدة** : خاص بعميل واحد.
- **مؤتمر الحالات** : دراسة مجموعة من العملاء مثل التلاميذ المتفوقين أو المتأخرين دراسياً، أو الموهوبين، أو الأحداث الجانحين، أو المتسربين من المدرسة.
- **مؤتمر الأخصائيين** : يضم الأخصائيين في الإرشاد فقط لتبادل الآراء والتعاون في دراسة الحالة.
- **مؤتمر الأخصائيين وغير الأخصائيين** : يضم كل من يهمه أمر العميل ويكون خاصاً بحالة واحدة فقط.

- **مؤتمر المرشد والعميل والوالد** : يضم المرشد والعميل وأحد الوالدين أوكليهما، ويكون أكثر ثماراً في المرحلة الابتدائية أكثر منه في الإعدادية والثانوية لأن المراهقين يميلون إلى الاستقلال عن الوالدين .

عوامل نجاح مؤتمر الحالة :

- **عقده في الحالات الضرورية فقط** : يجب أن يقتصر عقد مؤتمر الحالة على الحالات الضرورية التي تحتاج إلى عقده، أي أن هذه الوسيلة ليست عامة لجميع الحالات فهناك حالات لا تستدعى مؤتمر الحالة وهناك حالات ترفض إعلان حالتها في مؤتمر.

- **موافقة العميل** : يجب الحصول على موافقة الحالة على عقد مؤتمر الحالة فبعض الحالات يذهبون للإرشاد دون أن يعرف أهلهم أو ذويهم أو أزواجهم لذا يجوز عقد مؤتمر حالة لهم.

- **مراعاة المعايير الأخلاقية** : يجب مراعاة أخلاقيات الإرشاد النفسي الخاصة بأسرار الحالة أي أن مؤتمر الحالة يقتصر على ما لا يعتبر سراً بالعميل نفسه، ضلاً عن تأكيد السرية التامة لكل ما يدور في المؤتمر.

- **الحضور الاختياري** : يجب أن يكون حضور المؤتمرين برضى واختيار ودون إجبار حتى لا يكون حضورهم مجرد حضور روتيني عديم الجدوى، وهذا يجعل حضور المؤتمر متاحاً ومفتوحاً أمام المهتمين والمتحمسين لحضوره فقط.

- **اهتمام الحاضرين** : يجب أن يكون الحاضرون مهمين بحالة العميل وأن يكونوا فاهمين لطبيعة المؤتمر وهدفه والمطلوب منكل منم، ويجب التزامهم بالجدية والموضوعية في أحكامهم وتفسيراتهم

- **الجو غير الرسمي** : يجب أن يسود المؤتمر جواً غير رسمي، ولكني يجب في نفس الوقت أن يتوفر جو من المسئولية تجاه الحالة.

- **مراعاة التخصصات المختلفة** : يجب مراعاة التخصصات المختلفة والخلفيات المتنوعة لأعضاء المؤتمر وعدم سيطرة بعضهم على الجلسة الجلسة، وعدم الاستخفاف بما يدلى به بعض الأعضاء من معلومات أو آراء أو تعليقات أو توصيات

عقد مؤتمر الحالة :

يتطلب عقد مؤتمر الحالة اتخاذ خطوات هامة هي :

- **الإعداد للمؤتمر** : يحتاج المؤتمر إلى إعداد وتنظيم قبل انعقاده وهنا يقوم المرشد بوضع خطة عمل أو جدول أعمال المؤتمر كاملة ثم يقوم بالاتصال بالأعضاء المشتركين وذلك لإطلاعهم على طبيعة المؤتمر وأهدافه وتحديد موعد انعقاده، ويسمى اليوم الذي ينعقد فيه المؤتمر بيوم المؤتمر

- **الافتتاح** : يقوم المرشد عادة بافتتاح المؤتمر ثم يبدأ بشرح الأهداف وتقديم موجز عام عن الحالة بكل حرص وبعيداً عن التحيز.

- **جلسة المؤتمر** : يعتبر المرشد النفسي رئيس جلسة المؤتمر، ثم يطلب من الأعضاء تقديم المعلومات المتوفرة لديهم عن العميل ومشكلته، كالمعلومات الشخصية والظروف الأسرية والنمو الشخصي والاجتماعي والبيئة التي يعيش فيها، ثم تحليل وتفسير المعلومات.

- **الختام** : يقوم المرشد باعتباره رئيساً للمؤتمر بتلخيص كلما تم طرحه ويقوم كذلك بتحديد نقاط الاتفاق والاختلاف والتوصيات ثم إعطاء الآراء حول الحالة.

مزايا مؤتمر الحالة :

- يزود المرشد بمعلومات عن العميل وشخصيته خاصة المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها من الوسائل الأخرى.
- يفيد في تجميع أكبر قدر من المعلومات من مصادر متعددة ووجهات نظر مختلفة.
- يفيد في حالة العميل الجديد في المدرسة أو الجامعة أو المؤسسة الأخرى.
- يشعر أعضاء المؤتمر أنفسهم بفائدتهم ومساهمتهم المشتركة بالتعاونية في مساعدة العملاء.
- يعتبر الوسيلة النموذجية للاتصال بالأسرة وغيرها من مصادر المجتمع الأخرى في الإرشاد النفسي.
- يساعد في تبنى طريقة الإرشاد الخيارى

عيوب مؤتمر الحالة :

- يستغرق وقتاً طويلاً ولا يعطى سوى نتائج ضعيفة إذا ما قورنت بغيرها من الوسائل.
- قد تأتى المعلومات التي يتوصل إليها المؤتمر متناثرة وغير متكاملة أو منسقة مما يساهم في عدم إعطاء صورة واضحة عن الحالة التي يعانى منها العميل.
- لا يتوفر الوقت لدى الكثير لحضور المؤتمر مما يؤدى إلى فشله.
- قد تعوق نظرة بعض العملاء إلى المؤتمر على أنه تدخل الآخرين فيما لا يعنيهم من خصوصيات العميل، وقد يعبرون عن ذلك بانه "مؤتمر فضائح "

المحاضرة الخامسة

الفصل الثالث / أساليب جمع المعلومات لدراسة الحالة

تعتبر عملية جمع المعلومات عن العميل بمثابة العمود الفقري في دراسة الحالة، حيث إنه لا يتم تقديم الإرشاد للعميل ومساعدته على حل مشكلاته إلا إذا توفرت المعلومات الدقيقة والكافية عنه وعن مشكلته وعن بيئته، والتي تمكن القائم بدراسة الحالة من فهمه، وتشخيص مشكلته ومن ثم تقديم الخطة العلاجية المناسب لها.

– وتعرف علمية جمع المعلومات بأنها العملية التي تؤدى إلى الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية المسترشد الكامنة في بيئته، والطريقة التي يتفاعل بها لإحداث الموقف السيئ الذي يعانى منه العميل وذلك بقصد التشخيص ومن ثم العلاج **ولأهمية مرحلة جمع المعلومات كان لابد أن نلقى الضوء على الشروط اللازمة لجمع المعلومات وهى** :

- **سرية المعلومات** : سرية المعلومات من الشروط الهامة في جمع المعلومات إذ لابد أن يؤكد المرشد للعميل على سرية معلوماته، حتى يتحدث بحرية وثقة في جو آمن خاصة عندما تكون المعلومات مما قد يثير متاعب قانونية أو اجتماعية.

- **بذل أقصى جهد** : يجب على المرشد بذل أقصى جهد للحصول على معلومات شاملة كافية، واستخدام كافة الطرق والوسائل والأدوات المناسبة ومن مصادرها السليمة.

المهارة في جمع المعلومات : يتضمن ذلك ماذا؟ ولماذا؟ وكيف؟ وتى؟ ومن يسأل؟ وإتمام عملية جمع المعلومات بطريقة سهلة وطبيعية، وهذا يحتاج إلى تدريب وخبرة.

- **حث العميل على التعاون** : يجب على المرشد أن يحث العميل على التعاون والاهتمام بعملية جمع المعلومات ومساعدة المرشد حتى يستطيع أن يساعده

- **الدقة والموضوعية** : لابد أن تتوفر الدقة والموضوعية في المعلومات التي يجمعها المرشد عن العميل وذلك من أجل التشخيص الدقيق.

- **الصدق والثبات** : يعنى الصدق أن المعلومات تعبر فعلاً عما تعنيه من دلالة على سلوك العميل، والثبات يعنى عدم تغيير المعلومات من جلسة إلى أخرى.

- **التكرار والاستمرار** : يجب الاهتمام بحصر تكرار السلوك واستمراره لأن المعلومات السلوكية الهامة هي التي تتسم بالتكرار والاستمرار والذي له دلالة في تشخيص مشكلة العميل.

- **الاهتمام بالمعلومات الطولية** : ينبغي الاهتمام بالمعلومات الطولية التتابعية، لأن حياة العميل وحدة متصلة مستمرة، وسلوكه الحاضر له جذور في الماضي ويؤدى إلى سلوكه في المستقبل

- **التأكد** : التأكد من توفر الأدلة الكاملة على السلوك المرضى عند العميل، والاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة طويلة المدى التي تؤثر في سلوك العميل وعلى حياته.

- **الاعتدال** : الاعتدال مطلوب ومرغوب حيث يجب عدم الإفراط في تطبيق القواعد العامة على حالة العميل الخاصة ووضع الفروقات الفردية في الحسبان والنظر إلى العميل كإنسان فرد له شخصيته الفريدة.

- **تقييم المعلومات** : يجب على المرشد أن يقيم المعلومات التي يتم الحصول عليها وتحديد ما إذا كانت حقائق واقعية أو احتمالات، مع سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التشدد.

- **وسيلة وليست غاية** : يجب أن تكون عملية جمع المعلومات وسيلة للوصول إلى تشخيص موفق وعملية إرشاد ناجحة وليست غاية في حد ذاتها

وتوجد مجموعة من العوامل التي يمكن أن تكون عوامل مسيرة في عملية جمع المعلومات وهي :

- **تعاون العميل** : يعتبر تعاون العميل من الأمور الهامة في جمع المعلومات، كما أن خدمات الإرشاد تقدم للعميل المستبصر بحالته والذي يمكن كسب تعاونه بقليل من الجهد والتشجيع والمهارة

- **تعاون الأسرة** : لابد من تعاون أسرة العميل في جمع المعلومات حيث إنها من أهم المصادر التي يمكن من خلالها جمع أكبر قدر من المعلومات عن العميل.

- **تعاون المدرسة** : إذا كان العميل في المدرسة يقضى جزءاً كبيراً من وقته فيها فلابد من تعاون المدرسة في الحصول على معلومات عنه.

- **تعاون المؤسسات الأخرى** : هناك مؤسسات أخرى داخل المجتمع يمارس فيها العميل نشاطاته مثل النوادي وجهة العمل وغيرها ولابد من تعاون هذه الجهات في الحصول على المعلومات عنه

وسائل جمع المعلومات لدراسة الحالة :

يحتاج القائم بدراسة الحالة إلى العديد من الوسائل والأساليب التي تمكنه من القيام بدراسة الحالة وتتنوع تلك الأساليب وهذه الأدوات باختلاف المعلومات والبيانات المطلوبة واختلاف العناصر المتداخلة في دراسة الحالة، فقد يستخدم المقابلة للقيام بعدد من المقابلات سواء مع العميل أو مع الأسرة أو مع الطبيب، ويستخدم الملاحظة لملاحظة سلوك العميل، ويعتمد القائم بدراسة على السجلات المجمعة والتقارير الذاتية ، ونعرض فيما يلي نبذة مختصرة عن هذه الأساليب على النحو التالي :

- المقابلة ..

تعتبر المقابلة الإرشادية أداة هامة من أدوات جمع البيانات في دراسة الحالة حيث إنها تمد المرشد بمعلومات أساسية من المصدر الرئيسي للمشكلة وهو المسترشد، وتعرف بأنها "علاقة ديناميكية بين المرشد والمسترشد، فالمسترشد يبحث عن المساعدة والوصول إلى حل لمشكلته، والمرشد شخص مؤهل علمياً وعملياً ويقدم المساعدة التي يحتاجها المسترشد، وهناك مجموعة من العناصر التي تحدد المقابلة وهى :

- **المواجهة الإنسانية** : وتعنى حضور أطراف العملية الإرشادية المرشد والمسترشد وجهاً لوجه على أن تتوفر في المقابلة الثقة والتقبل والتعاطف والاحترام.

- **المكان المحدد** : تجرى المقابلة في مكان محدد لها في المكتب أو العيادة أو مركز الإرشاد ولابد من تحديده مسبقاً مع المسترشد.

- **الموعد المسبق** : تحديد موعد مسبق يساعد المرشد على بناء خططه الإرشادية.

- **الفترة الزمنية المحددة** : لابد من تحديد الفترة الزمنية اللازمة للمقابلة مسبقاً لما لها من أبعاد تدل على رغبة المسترشد ودافعيته للإرشاد، واستعداده النفسي لتقبل المرشد .

أهداف المقابلة ..

تتحدد أهداف المقابلة فيما يلي :

- إقامة علاقة مهنية بين المرشد والعميل يعمل المرشد من خلالها على تقديم المساعدة للمسترشد الذي يبحث عن المساعدة.
- جمع البيانات والمعلومات عن العميل، وتفسيرها وتوظيفها في تشخيص مشكلته.
- مساعدة العميل في الكشف عن الحلول الممكنة لمشكلته.
- مساعدة العميل في التعبير عن نفسه وعن مشكلته للمرشد

أنواع المقابلة ..

تنقسم المقابلة الإرشادية إلى نوعين : المقابلة التمهيدية والمقابلة العلاجية :

- **المقابلة التمهيدية** : تسمى المقابلة الأولية أو مقابلة الاستقبال حيث لها دور كبير في العملية الإرشادية، كما يتم من خلالها الحصول على المعلومات الأولية عن العميل، ويظهر بها إمكانية تقديم الإرشاد لهذا المسترشد.

- **المقابلة العلاجية** : عند الانتهاء منا لمقابلة الأولية يتم الاتفاق على المقابلات التالية لها والتي تسمى المقابلات التشخيصية والعلاجية وتهدف إلى التعرف على مشكلات العميل واضطراباته وأسباب هذه المشكلات ومساعدته على فهم ذاته

مزايا المقابلة ..

- تحقق النظرة الكلية حيث تمكن المرشد من التعرف على شخصية المسترشد.

- تمكن المرشد من التعرف على الجوانب الانفعالية والحركية والتعبيرات غير اللفظية، وطريقة تفكير المسترشد وقدرته على تسلسل أفكاره أو تناقص أقواله، وهذه المعلومات لا يمكن الحصول عليها من وسائل أخرى حيث إنها تحتاج إلى مقابلة المرشد مع المسترشد وجهاً لوجه وهذا ما يتم في المقابلة.

- تساعد المرشد في الحصول على معلومات محددة يحتاجها في التعرف على الحالة مثل قدرة المسترشد على التعامل مع الآخرين، قدرته على التعبير عن نفسه، المظهر العام.

- يتم فيها تبادل الثقة بين المرشد والمسترشد وإحساس المسترشد بالطمأنينة والأمن يدفعه إلى التحدث بحرية وصراحة عن مشاكله مما يسمح للمرشد التعمق في دراسة الحالة

الملاحظة ..

تعرف بأنها أداة عملية منظمة لدراسة سلوك المسترشد في المواقف التي يصعب على المرشد استخدام وسائل جمع معلومات أخرى وذلك بهدف مقارنة هذا السلوك مع سلوكياته في مواقف أخرى أو مع سلوك أشخاص آخرين خلال فترة زمنية معينة بشرط أن يم ذلك بدقة علمية وتسجيل ما يتم ملاحظته، وتحليل ما يتم الوصول إليه من معلومات وتفسير ما تم ملاحظته ويمكن للمرشد أن يقوم بالملاحظة في مواقف الحياة اليومية الطبيعية أو في مواقف التفاعل الاجتماعي، ولابد أن تتصف الملاحظة بالموضوعية والصدق والوضوح.

أنواع الملاحظة :

تنقسم الملاحظة إلى عدة أنواع وهى :

- **الملاحظة المباشرة** : يكون المرشد والمسترشد وجهاً لوجه تتم فيها ملاحظة سلوك معين في الموقف الطبيعي مثل ملاحظة سلوك الطالب أثناء اللعب.

- **الملاحظة غير المباشرة** : يلاحظ المرشد المسترشد دون أن يدرك أنه في موضع ملاحظة.

- **الملاحظة بالمشاركة** : تتم من خلال اندماج المرشد بشكل فعلى في الموقف أو الأنشطة التي يريد ملاحظتها وتمتاز بأنها تسمح للملاحظ بالاحتكاك المباشر بالمسترشد دون أن يشعر أنه في موضع ملاحظة.

- **الملاحظة الداخلية** : هي ملاحظة الشخص نفسه لنفسه، فيلاحظ مشاعره وأحاسيسه ورغباته، وبوصفها بعبارات محددة.

- **الملاحظة الخارجية** : يقوم المرشد بملاحظة الجوانب السلوكية وفقاً لخطة موضوعة ولها أهداف محددة ويقوم بإجرائها شخص مدرب.

- **الملاحظة العابرة** : تتم بالصدفة دون أن يكون لها تخطيط مسبق ودون أن تكون لها أهداف ونتائجها غير دقيقة.

- **الملاحظة المقيدة** : تكون مقيدة بموضوع أو سلوك محدد، بحيث تقتصر على ملاحظة ما يمكن ملاحظته .

- **الملاحظة الدورية** : تتم في فترات زمنية محددة، في نفس الموعد من كل أسبوع أو كل شهر.

مزايا الملاحظة ..

- تتيح الفرصة للمرشد أن يلاحظ السلوك التلقائي الفعلي في المواقف الطبيعية بدلاً من المواقف المصطنعة.
- تقضى على مقاومة بعض المسترشدين في التحدث عن أنفسهم بحرية فلا تتأثر برغبة أو عدم رغبة المسترشد في التحدث عن نفسه.
- تسمح للمرشد بالإطلاع على اتجاهات وأفكار ومشاعر المسترشد.
- وسيلة للحصول على معلومات وبيانات خاصة مع الأطفال.
- يتم تسجيل السلوك في الموقف الذي يحدث فيه فيقل بذلك تدخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ.
- يمكن استخدامها أثناء تفعيل الوسائل الأخرى إذ يستطيع المرشد أن يلاحظ أثناء تطبيق اختبارات السمات والانفعالات الظاهرة على المسترشد

عيوب الملاحظة ..

- قد يعطى المشرد تفسيرات للسلوك بدلاً من وصف السلوك.
- قد يعمد الأفراد موضوع الدراسة إلى إعطاء انطباع جيد عندما يدركون أن سلوكياتهم مراقبة.
- بعض الظواهر السلوكية لا يمكن ملاحظتها مباشرة كالخلافات الأسرية الداخلية بين أفراد الأسرة.
- نظراً لشدة تركيب الظواهر وتداخلها يصعب على الملاحظ الوقوف على جميع الظروف المحيطة به

المحاضرة السادسة

الاختبارات والمقاييس النفسية

تعد الاختبارات والمقاييس من الوسائل الهامة في جمع المعلومات إذا توفرت فيها شروط الاختبار الجيد وهى : الصدق والثبات والموضوعية والشمول، وتستخدم في ميادين كثيرة للكشف عن قدرات الأفراد والتعرف على خصائصهم النفسية والاجتماعية وتستخدم في مجال الإرشاد النفسي لأغراض تشخيصية وتنبؤية وعلاجية.

– ويعرف الاختبار النفسي بأنه أداة عملية تتكون من مجموعة من المواقف المقننة وفق معايير مناسبة للبيئة التي طبق فيها وذلك بهدف قياس جوانب محددة في شخصية المسترشد بصورة أقرب إلى الموضوعية

مزايا الاختبارات والمقاييس :

تتضمن الاختبارات والمقاييس العديد من المزايا نجملها في النقاط الآتية :

– تستخدم في الحصول على معلومات دقيقة عن المسترشد وسماته وقدراته وميوله وإمكانياته.

– تستخدم للتنبؤ المستقبلي بأداء الفرد في مجال مهنته.

– تستخدم فى تشخيص مشكلات التعليم للتعرف على نقاط القوة والضعف لدى التلميذ.

– تستخدم للكشف عن الموهوبين والمتفوقين واكتشافهم مبكراً.

– تستخدم كأداة علاجية خاصة الاختبارات الاسقاطية إذ يعبر الإنسان عن انفعالاته المكبوتة مثل اختبار روشاخ واختبار تفهم الموضوع.

– تعد أداة مهمة في تقييم عمل المرشد وتقييم البرامج الإرشادية والعلاجية مما يتيح للمرشد فرصة تعديل أساليب الإرشاد والعلاج النفسي وتعديل البرامج مما يحقق أهداف العملية الإرشادية

بعض الاختبارات المستخدمة :

يزخر التراث النفسي بالعديد من الاختبارات والأدوات التي تمثل كل أبعاد الشخصية ومن هذه الأدوات ما يلي :

اختبارات التحصيل .. تقيس معلومات الفرد في المواد الأكاديمية، مثل اختبارات التحصيل في المواد الدراسية

اختبارات الذكاء ، مثل :

- اختبار ستانفورد – بينيه تعريب : إسماعيل القباني.
- مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال تعريب : محمد عماد الدين إسماعيل ولويس كامل مليكة.
- اختبار رسم الرجل تعريب : مصطفى فهمي.
- اختبار ذكاء العميان وضعاف البصر إعداد : حامد عبد السلام زهران وفتحي عبد الرحيم.
- اختبار الذكاء المصور إعداد : أحمد ذكى صالح.

اختبارات القدرات ، مثل :

- اختبار القدرة العقلية الأولية إعداد : أحمد ذكى صالح.
- اختبار الاستعداد العقلي للمرحلة الثانوية والجامعية إعداد : رمزية الغريب.

اختبارات الشخصية ، مثل :

- اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال الذكور تعريب : مصطفى فهمي.
- اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال الإناث تعريب : مصطفى فهمي.
- اختبار الشخصية للشباب تعريب عطية هنا ومحمد سامي هنا.
- قائمة أيزنك للشخصية إعداد : جابر عبد الحميد جابر ومحمد فخر الإسلام.

الاختبارات الاسقاطية ، مثل :

- اختبار بقع الحبر لروشاخ.
- اختبار تفهم الموضوع للكبار TAT.
- اختبار تفهم الموضوع للكبار CAT.
- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص

السجلات المجمعة :

تعتبر وسيلة جيدة في جمع المعلومات حيث تمد المرشد بمعلومات عن الطلاب في المدارس، وهى مجموعة من السجلات الموجودة داخل المدارس تحتوى على معلومات عن كل طالب على حدة توضح فيها المعلومات الأساسية كالاسم والسن وعنوان المنزل ومهنة الوالدين بالإضافة إلى معلومات عن تاريخه المرضى، ومستواه التحصيلى ومدى تقدمه أوتأخره في المجال الدراسي وهواياته وميوله وهذه السجلات تستخدم عندما يحتاج أخصائي التشخيص إلى وسيلة من وسائل جمع المعلومات طوال حياة الطالب الدراسية وجوانب حول شخصية الطالب الصحية والتحصيلية والسلوكية والاجتماعية والنفسية. ويشترك في إعداد هذه السجلات كل من أولياء الأمور، والأخصائي النفسي والطبيب والمعلمون ومسئول الغياب ومعلمو الأنشطة والطالب .

مزايا السجلات المجمعة ..

- تساعد على الكشف عن الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال وتخفيف حدتها.
- تساعد في التعرف على الطلاب الذين يتميزون بقدرات ومهارات واستعدادات خاصة .

السجل القصصي :

يعرف السجل القصصي بأنه تقرير رسمي يقوم به المرشد أو المدرسون داخل المدارس وهو خطوة مكملة للملاحظة وتلخص فيه عادة وقائع الملاحظات أو الحوادث وأوصاف السلوك الملاحظ ويكون السجل موجزاً يصف حدثاً مرة واحدة.

مزايا السجل القصصي ..

- يعطى صورة واضحة ودقيقة لعينة من سلوك العميل.
- يعطى معلومات ذات قيمة لعملية الإرشاد حين تتعدد المواقف التي يتم تسجيلها ويقوم التسجيل عدد مختلف من الأفراد المسجلين.
- يمدنا بمعلومات تعوض النقص في المعلومات التي تجمع بالوسائل الأخرى.
- تتبع عدد من السجلات القصصية يتيح لنا الفرصة للتعرف على اتجاه تطور السلوك أو المشكلة وأثر الإرشاد فيها.
- يصلح كبداية جيدة لوسائل أخرى لجمع المعلومات مثل المقابلة

السيرة الذاتية :

تعرف بأنها التقرير الذي يكتبه المسترشد عن نفسه وبنفسه ويتناول السيرة الشخصية معظم جوانب حياة المسترشد في الماضي والحاضر وتكون مفيدة للأشخاص الذين لديهم صعوبة في الكلام أو لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم ولها نوعان هما :

- **السيرة الشخصية المقيدة بإطار** : يتم إعدادها مسبقاً وتكون على هيئة أسئلة تتعلق بحياة الفرد.

- **السيرة الشخصية غير المقيدة بإطار** : وهى السيرة التي لا يلتزم فيها بأسئلة معينة بحيث تترك للفرد حرية كتابة أحداث حياته بالطريقة التي تناسبه.

الزيارة الخارجية :

تعرف بأنها زيادة المقابلة المهنية التي تتم بين المرشد والعميل أو أحد أفراد أسرته خارج المؤسسة، فقد تكون في المنزل أو العمل أو أي مكان يتطلبه الموقف لتحقيق أهداف مهنية ملحة من خلالها.والزيارة مقابلة شأنها شأن كافة المقابلات الأخرى يتبع فيها المرشد أسس وقواعد وأساليب المقابلة المؤسسية ويطبق الأخصائي المفاهيم المهنية والقيم الأخلاقية، وهناك حالات ضرورية يلزم فيها إجراء مقابلات خارجية أو زيارات وذلك في الحالات التالية :

- الشيخوخة والمرض والعجز والتي تعوق تردد العميل على المؤسسة.
- الأحداث المنحرفون من خلال دور ومراكز الأحداث.
- الأسر البديلة والوقوف على حالات الأطفال المودعين فيها.
- المقابلات العلاجية المشتركة بين الأفراد المشتركين في الموقف الإشكالي سواء أكان ذلك في المنزل أو العمل.
- المودعون داخل السجون. - لحالات المرضية الشديدة داخل المستشفيات

الفصل الرابع : **القائم بدراسة الحالة** :

يعتبر القائم بدراسة الحالة عنصراً هاماً لنجاح دراسة الحالة، ويختلف القائم بدراسة الحالة من مجال إلى آخر، وذلك لأن دراسة الحالة أسلوب أو أداة يمكن استخدامها في مجالات متعددة وفى علوم كثيرة، ويمكن تحديد الأشخاص الذين يمكن لهم القيام بدراسة الحالة في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة على النحو :التالي

المعالج النفسي .. يعرف المعالج النفسي بأنه الاخصائى الذي يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج النفسي، ويتخرج في أحد أقسام علم النفس في الجامعة، ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى الدراسات العليا حتى الدكتوراه، ويدرس المعالج النفسي أكاديمياً المواد المتخصصة في الصحة النفسية والعلاج النفسي والإرشاد النفسي وعلم النفس الفسيولوجي وقدر كاف من المعلومات الطبية والاجتماعية اللازمة في عملية العلاج النفسي، والتدريب العملي والخبرة في العلاج النفسي والإرشاد العلاجي تحت الإشراف ثم مستقلاً في العيادات النفسية، ومراكز الإرشاد النفسي لها أهمية كبيرة في إعداد المعالج النفسي، ويقوم المعالج النفسي – مع فريق العلاج – بفحص وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية وعلاج حالات العصاب. والاشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية وحالات الذهان، ويشارك المعالج النفسي فى عملية الإرشاد العلاجي

ويحتاج المعالج النفسي إلى دراسة الحالة في عمله، بل إن دراسة الحالة تعتبر العمود الفقري من بين الأدوات التي يستخدمها المعالج ويعتمد عليها، فتتوقف عليها عملية التشخيص والعلاج والمتابعة، ويقوم المعالج النفسي بدراسة الحالة وخصوصاً عندما يتعذر وجود الاخصائى النفسي المتخصص

المحاضرة السابعة

الاخصائى النفسي :

يشار إلى الاخصائى النفسي بأنه الحاصل على درجة الليسانس أو البكالوريوس، في كلية الآداب، قسم علم النفس، أو ما يعادلها في الأقطار الأخرى، وهو الشخص القادر على فهم السلوك الإنساني وتحليله والوقوف على أهما لمشكلات التي تواجه المحيطين به ومحاولة حلها بأسلوب علمي وتحقيق أكبر قدر من التوازن والتوافق والصحة النفسية.

ويجب أن يكون الأخصائي النفسي قد درس خلال مرحلة الجامعة مقررات الصحة النفسية والعلاج النفسي، علم النفس العيادى علم النفس المرضى، علم النفس الفسيولوجي، التقويم والقياس النفسي، الطبي النفسي، علم النفس الإداري، علم نفس الشخصية علم النفس الاجتماعي، مشكلات الطفولة والمراهقة، فضلاً عن تدريبه التدريب الكافي في مجال الإرشاد والعلاج النفس .

ويقوم الاخصائى النفسي ضمن مهامه بدراسة الحالة، وذلك تبعاً للمجال الذي تخصص فيه، ففي مجال الاخصائى النفسي المدرسي يقوم الاخصائى هنا بدراسة الحالة للتلاميذ والطلاب فيما يتعلق بالمشكلات المدرسية مثل : التسرب ، التأخر الدراسي، اضطرابات الانتباه، العنف والعدوان، بطء التعلم، فضلاً عن المشكلات السلوكية والانفعالية التي ربما يعانى منها التلاميذ والطلاب

الاخصائى الاجتماعي :

يعرف الاخصائى الاجتماعي بأنه الشخص أو الفرد المتخرج في كلية الخدمة الاجتماعية أو معاهد الخدمة الاجتماعية، والحاصل على درجة البكالوريوس أو الدبلوم في الخدمة الاجتماعية أو أقسام علم الاجتماع بكليات الآداب أو ما يعادلها بالأقطار الأخرى، والذي تم إعداده إعداداً مهنياً من خلال إكسابه مجموعة من المعارف والمهارات التي تؤهله للعمل في مجال الخدمة الاجتماعية.

ويعمل الاخصائى الاجتماعي في مجالات متعددة، وتكاد لا تخلو مؤسسة من وجود أخصائي اجتماعى، ويقوم الاخصائى الاجتماعي بالعديد من الأدوار ومنها دراسة الحالة، ويلزم ذلك إمداد الاخصائى بالتدريبات الكافية التي تمكنه من القيام بدراسة الحالة على أكمل وجه، من خلال حصوله على دبلوم الدراسات في الخدمة الاجتماعية المدرسية للعمل في المجال المدرسي، أو غير ذلك. ويعمل الاخصائى الاجتماعي في مجال الطب النفسي تحت مسمى الاخصائى الاجتماعي النفسي Psychiatry Social Worker ويعنى بتقصي وتحليل الظروف الاجتماعية الكامنة وراء الاضطراب والأمراض النفسية والعقلية عن طريق البحث الاجتماعي الشامل لحالة الفرد المضطرب، وتاريخها التطوري سواءً في الأسرة أو المدرسة أو العمل أو المجتمع، وعلاقاته وتفاعلاته الاجتماعية، وذلك باستخدام الوسائل اللازمة في هذا الصدد، كالمقابلة ودراسة الحالة

المرشد الطلابي :

يتطلب عمل المرشد الطلابي في بعض الأحيان القيام بدراسة حالة طلابه لأن من مهامه بحث حالات الطلاب التحصيلية والسلوكية وتقديم الخدمات الإرشادية التي تحقق أهداف المرحلة التعليمية، ورعاية الطلاب الموهوبين والمتفوقين دراسياً وتشجيعهم وتوجيههم، ومتابعة الطلاب المتأخرين دراسياً، ودراسة ظروف وأوضاع أسر الطلاب.

المعلم :

يقوم المعلم في بعض الأحيان بدراسة حالة الطلاب، وذلك لأنه يتعذر في بعض الأحيان تواجد أخصائي نفسي أو اجتماعي في المدرسة، ويتعهد المعلم بالقيام بهذه المهمة، وخصوصاً في بعض الحالات الحادة مثل العدوان والجنوح والسرقة والمشكلات الجنسية وبعض المشكلات التعليمية مثل : الغياب، والرسوب المتكرر تحتاج دراسة الحالة إلى متمرس خبير واع، وسواءً قام بدراسة الحالة

الاخصائى الاجتماعي أو النفسي أو المرشد الطلابي أو المعلم، فلابد أن يكون على قدر كبير من العلم والدراية بنظم المجتمع وعاداته وتقاليده وتشريعاته، ونتناول في الجزء التالي الخصائص والقواعد التي ينبغي أن يكون القائم بدارسة الحالة ملماً بها.

خصائص القائم بدراسة الحالة :

يحتاج القائم بدراسة الحالة لنفس الخصائص والمهارات التي يحتاجها المعالج النفسي، فدراسة الحالة جزء من عملية التشخيص والتقييم والعلاج والإرشاد، ومن هذه المهارات ما يلي :

أولا : الخصائص الشخصية ..

وتشمل الخصائص الآتية :

- **الأمانة** : تعتبر الأمانة من الصفات الحميدة التي يتصف بها الإنسان بصفة عامة، والأمانة مفهوم له أبعاد متعددة ويتضمن موضوعات كثيرة، وعلى مستوى القائم بدراسة الحالة تعتبر الأمانة من أهم الصفات التي يجب أن يتحلى بها، فهو حين يتعامل مع العميل أو مع الموضوعات التي تتعلق بالعميل يجب أني كون أميناً في تسجيل هذه الموضوعات وتنظيمها وتحليلها بدقة لأن تشخيص حالة العميل ورسم الخطط العلاجية له يتوقف بدرجة كبيرة على هذه المعلومات.

وتتضمن أمانة القائم بدراسة الحالة تقديم المعلومات الصادقة والدقيقة اللازمة للعميل في كل المواقف التي يحتاج إليها والتي قد تساعده في حل مشكلاته وصراعاته التي تهدد أمنه النفسي

- **الأصالة** : يتطلب إعداد دراسة الحالة رسم الكثير من الخطط العلاجية والتوجيهات، وقد يشارك القائم بدراسة الحالة المعالج النفسي أو قد يكون القائم بدراسة الحالة هو المعالج النفسي الذي يجب أن يتصف بالأصالة وهى أن تتطابق أقواله مع أفعاله، بمعنى أنه لا ينهى عن خلق ويأتي بمثله، وبمعنى أوضح لا يطلب من العميل الإقلاع عن التدخين وهو يدخن أمام العميل.

- **الدافعية** : ويقصد بها الرغبة في العمل بحيث يتفانى الاخصائى النفسي فيه ويبذل قصارى جهده للعمل بكفاءة في إنجاز مهمته على أمل وجه، حيث إن الدافعية تعمل بمثابة موجه ومحرك للسلوك نحو تحقيق الأهداف المرجوة.

- **المرونة** : يحتاج القائم بدراسة الحالة إلى التعامل مع العديد من الشخصيات التى ترتبط بمشكلة العميل مثل الآباء والزوجة أو الزوج في حالة العملاء المتزوجين) والإخوة والأقارب الأصدقاء والزملاء والأطباء، الرؤساء والمرؤوسين (في حالة العملاء الذين يعملون)، المعلمين وزملاء المدرسة والإدارة المدرسية (في حالة العملاء الذين يعملون)، المعلمين وزملاء المدرسة والإدارة المدرسية (في حالة الطلاب والتلاميذ) ويتطلب التعامل مع هذه الشخصيات قدراً عالياً من المرونة التي تساعده في جمع المعلومات بما يحقق مصلحة العميل، وذلك لأن هؤلاء الأشخاص قد لا يكونون رهن إشارة القائم بدراسة الحالة.

- **المساندة والتراحم** : يعيش العميل حالة من التوتر والخلل فى الشخصية وإن هذه المعاناة التي يعانى منها العميل قد تؤثر على أسرة العميل سلبياً، وإن القائم بدراسة الحالة قد يحتاج إلى مقابلات سواء مع العميل أو أسرته ويحتاج العميل وأسرته إلى المساندة والتراحم ورسم خطوط الأمل فيهم وتزويدهم بالأمن والأمان النفسي فالعميل وأسرته في حاجة إلى من يفهمهم ويحترمهم – خصوصاً فى حالة الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة – والذين من شأنهم أن يزيدوا فعالية إجراء دراسة الحالة.

- **القدرة على التأثير** : يحتاج القائم بدراسة الحالة إلى معلومات وبيانات عن العميل ويحتاج لإنجاز هذه المهمة إلى عدد كبير من المعنيين وللحصول على لمعلومات المناسبة يحتاج القائم بدراسة الحالة إلى امتلاك القدرة على التأثير والذي يترتب عليه توجيه مسار العملية الإرشادية في الاتجاه الصحيح وخصوصاً في المقابلات التي يجريها للحصول على المعلومات اللازمة لدراسة الحالة.

- **الصبر** : يتصف إجراء دراسة الحالة بأنه عمل شاق وصعب ويحتاج إلى جهد كبير من القائمين عليه، فقد يتطلب الموقف إجراء العديد من المقابلات وقد يبذل القائم بدراسة الحالة جهداً كبيراً سواءً في تحديد الموعد المناسب مع العملاء أو أثناء جلسات المقابلة نفسها ويحتاج هذا إلى مساحة كبيرة من الصبر والقدرة على التحمل حتى يستطيع إنجاز مهامه على أكمل وجه.

ثانيا : **الخصائص النفسية للمرشد** ..

- الثقة بالآخرين وبقدراتهم على حل مشكلاتهم وإتاحة الفرصة أمامهم لتطوير إمكانياتهم إلى أقصى حد ممكن.
- الاهتمام بالآخرين والرغبة في تقديم المساعدة لهم.
- التقبل غير المشروط للمسترشد بصرف النظر عن سلوكه.
- القدرة على فهم ذاته وفهم الآخرين.
- ثقة المرشد بنفسه واحترامه لها وتحرره من القلق.
- لا يفرض قيمة الخاصة على المسترشدين.
- مثقف وواسع الإطلاع، يعرف قدراته، ودود ومحبوب، كيس ومرح، صادق وأمين، ويتعرف على نواحي القصور في عمله ويتقبلها ويحاول تجاوزها
- الثبات والاتزان الانفعالي وعدم التهور والاندفاع في مواجهة المواقف الطارئة.

ثالثا : **الخصائص الاجتماعية** ..

- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين (خاصة المسترشد).
- القدرة على القيادة وتوجيه الآخرين والتعاون معهم.
- الفهم الصحيح لقيم المجتمع الذي ينتمي إليه المسترشد وعاداته وتقاليده ومعاييره.
- الشعور بمسئولية تجاه المجتمع الذي يعيش فيه.
- حبه للعمل الخيري والتطوعي لمساعدة الآخرين.
- القدرة على تكوين صداقات بسهولة والانسجام مع الآخرين.
- ديمقراطى ويهتم بمظهره العام اللائق والمناسب

رابعا : **الخصائص المهنية** ..

- الإخلاص في العمل وإنجازه على أكمل وجه دون تقصير أو إهمال.
- الالتزام بأخلاقيات المهنة وأخلاقيات المجتمع وقيمه.
- الموضوعية والحياد في الإرشاد.
- المحافظة على أسرا المسترشد وعدم البوح بها.
- الطموح المستمر من أجل التقدم والتجديد في مجال العمل.
- أن يكون لطيفاً وحازماً في آن واحد مع قضايا العملاء.
- أن يلم القائم بدراسة الحالة ببعض الجوانب الفسيولوجية المرتبطة بالسلوك، خاصة النشاط العصبي والهرمونى.

الخصائص المهنية :

- أن يلم القائم بدراسة الحالة بالاستجابات التي تتعلق بالنشاط العقلي والانفعالي؛ كالخوف والخجل والقلق، وأنماط التفكير وتعبيرات الوجه.
- أن يلم بالجوانب الفيزيقية والاجتماعية للعميل والتي قد تكون لها علاقة بمشكلة العميل؛ كبيئة الفصل، والأسرة، والعلاقات مع الأخوة ، والعلاقات مع الأقران.
- أن يلم بنظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية.
- أن يلم بنظريات التحليل النفسي وتطبيقاتها العملية.
- أن يلم بالأساليب العلاجية التي تساعده في رسم الخطط العلاجية للعميل.

المحاضرة الثامنة

خامسا : **مهارات الاتصال الأساسية للمرشد النفسي** ..

حدد (Egan, 1982) مهارات الاتصال الأساسية في النقاط الآتية :

- **الاتصال البصري** Eye Contact : يعرف الاتصال البصري بأنه تلك النظرة الموصوفة بالانتباه والتي تقول للعميل إن المرشد يهتم بك وينصت إليك ويتعاطف معك ويحرص على مساعدتك، والنظرة المتفهمة تحمل كل من عناصر الموقف الإرشادي الذي يضم المرشد والعميل.

وأثبتت الدراسات النفسية أن الاتصال البصري الفعال بين المرشد والعميل يحدث بدرجة أكبر حينما تكون هناك مسافة فيزيقية أبكر بين المرشد والعميل، وحينما تكون الموضوعات المناقشة أقل في طابعها الشخصي أو الحميم، وحينما تكون الألفة بين المرشد والعميل قد بنيت على أساس وثيق .

- **لغة الجسم** Body Languish : يشجع وضع الجسم وتوجهه أو يثبط التفاعلات البينشخصية وحركة الجسم القليلة إلى الأمام مع الاتصال البصري تستقبل من قبل العميل بإيجابية لأنها توصل له رسالة تتضمن اهتمام المرشد به، ليصف الوضع الجسمي الذي يشير إلى الاهتمام والانتباه على هذا النحو :

- واجه العميل Squarely ; Face the Client
- وضع الجسم Open; Body Posture .
- الميل إلى الأمام قليلاً Lean; Forward Slightly.
- الاتصال Contact; Contact .
- الطريقة أو الأسلوب Relaxed; Manner.

- **المسافة الشخصية** Personal Distance : تؤثر المسافة الشخصية بين المرشد والعميل على الاتصال وهذه المسافة بين طرفي الموقف الإرشادي محكومة بالاعتبارات الثقافية، وفى الولايات المتحدة تصل هذه المسافة طول الذراع، وعندما يصل شخصان لمسافة أقرب من ذلك فإنهما يشعران بعدم الارتياح، كما أن زيادة المسافة عن هذا المعدل تقلل من قدر التواصل بينهما.

لغة الجسم :

وينبغي في الموقف الإرشادي أن يكون المشرد واعياً بمستوى الارتياح للعميل، وأن يعمل على توفير هذه المسافة الشخصية المثلى، وقد تضيق المسافة الشخصية بين المرشد والعميل بل قد تصل إلى حد الملامسة والترتيب على كتفيه وملامسه يديه لتشجيعه وتدعيمه.

- **النغمة الصوتية** Vocal Tone : تعبر لنغمة الصوتية عن التواصل والاهتمام بين كل من المرشد والعميل، فنغمة الصوت الدافئة السارة التي تعكس روح الدعابة تدل بوضوح على الاهتمام والرغبة في الاستماع إلى العميل، وأن طبقة الصوت وحجمه ومعدل الحديث قادرة على أن تنقل الكثير من المشاعر التي يكنها المرشد للعميل.

- **المسلك اللفظي والصمت** Silence : ينشغل العميل في كثير من الحالات في حديث طويل لا علاقة له بموضع المقابلة أو بأسئلة المشرد، وعلى المرشد في هذه الحالة أن يكون هادئاً ومستمعاً لحديث العميل لأنه يوضح نوع التفكير الذي يحمله وهذا السلوك من

جانب المرشد يسمى الانتباه الانتقائي، أما التحلى بالصمت من جانب المرشد النفسي إنما يظهر بوضوح لخدمة الجلسة الإرشادية والمقابلة، وعلى المرشد النفسي أني يقرا صمت العميل وماذا يعنى؟

الإنصات الاستماع Listening :

ويدل الصمت من جانب العميل في كثير من الأحيان على عدم التعاون أو عدم الثقة في المرشد نفسه أو إرهاقه أو جهله بتساؤلات المرشد النفسي، فالصمت الذي يقطع الاتصال بين الطرفين مطلوب من كلى الطرفين المرشد والعميل.

الإنصات الاستماع يعتبر من مهارات التواصل الأساسية، فهو عمل فعال يعكس تجاوباً مع العميل، بل إن الإنصات الجيد ينقل للعميل رسالة مفادها أن ما يقوله موضع اهتمام من المرشد، ومن خلال الإنصات يستطيع المرشد أن يعرف معلومات عن العميل منها مفهوم العميل عن نفسه ومفهومه عن الآخرين، وعن عملية الإرشاد

سادسا : **مهارات التشخيص** ..

وتتضمن المهارات الآتية :

- **مهارة تنظيم المعلومات وتسجيلها** : ينبغي على المرشد النفسي أو القائم بدراسة الحالة أن يسعى من أجل الحصول على معلومات عن مشكلة المسترشد ومن مصادرها المختلفة، ومن ثم يقوم بتسجيلها في عبارات إجرائية واضحة، ويتوقف تنظيم المعلومات على عوامل منها خبرة المرشد وعمر المشرد والهدف من دراسة الحالة ونوعية النشاط الذي تمارسه المؤسسة التي تتبنى الحالة.

- **مهارة تحليل المعلومات وتفسيرها** : يقوم المرشد النفسي بعد جمع المعلومات بتحليلها وتفحصها، وفهم ما تتضمنه هذه المعلومات وعلاقاتها بمشكلة المسترشد، والنظر إليها بطريقة تكاملية، وتفسير المعلومات التي تم الحصول عليها تفسيراً موضوعياً دقيقاً، **وهى بذلك تشمل ثلاث مهارات فرعية هي** :

- **مهارة وصف المعلومات** : وتتضمن الموضوعية في وصف المعلومات بمعنى ثبات المعلومات والصدق في محتواها بعيداً عن تخمينات المرشد أو آرائه الشخصية ن كما تتضمن النمطية حيث إن وصف المعلومات بالصورة النمطية التقليدية التي يستخدمها المرشد يضمن عدم تسرب أية معلومات خارج الإطار العام للمعلومات ويضمن عدم إهمال أو نسيان أية حقيقة حول المسترشد ،وتكامل المعلومات التي يتم جمعها عن المسترشد بحيث تنسجم في إعطائها صورة واضحة عن مشكلة المسترشد

- **مهارة الاستدلال من تجميع المعلومات وتأثيرها على حالة المسترشد** : لكي يتحقق الهدف من هذه المهارة لابد أن يكون المرشد ملما بكل النظريات والاتجاهات والاستراتجيات الإرشادية التي تمكنه من ربط ماضي المسترشد بحاضرة حتى يصل إلى صورة متكاملة تعكس شخصية المسترشد حتى يمكنه أن يتعامل مع المسترشد وفق اتجاهه الذي يتبعه ،سواء أكان تحليليا أو سلوكيا أو إنسانيا أو انفعاليا عقليا

مهارة التنبؤ بمآل الحالة : أن تكون لدى المرشد القدرة الكافية للتنبؤ بما ستؤول إليه حالة المسترشد في المستقبل وماهى العقبات التي ستعترضه والإجراءات التي يمكن اتخاذها بشأن ذلك ويتم ذلك في ضوء المعلومات المتكاملة الصادقة والثابتة المتجمعة حول المسترشد

سابعا: **مهارات تقويم النتائج** ..

يستخدم القائم بدراسة الحالة بالعديد من الأساليب للحصول على المعلومات والبيانات اللازمة عن شخصية العميل،ويتطلب هذا الإجراء التقويم المستمر لمعرفة مدى التقدم الذي حققه القائم بدراسة الحالة في تحقيق مهمته ومدى فعالية الأدوات والأساليب المستخدمة في تحقيق الهدف المرجو منها.

ثامنا : **مهارات إنهاء الجلسات الإرشادية مع العميل** ..

يرى كثير من المعالجين والمرشدين النفسيين والباحثين إن مرحلة إنهاء دراسة ما تتحقق بتحقيق الهدف المرجو منها، وتتحقق بحصول القائم بدراسة الحالة على المعلومات الكافية عن العميل والمعلومات اللازمة لتشخيص حالته ورسم الخطط العلاجية المناسبة لهذه الحالة وكذلك تحديد أساليب المتعة.

الميثاق الأخلاقي للقائم بدراسة الحالة :

نعرض بعض القواعد الأخلاقية المشتقة من الميثاق الأخلاقي لرابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، على النحو التالي :

– القائم بدراسة الحالة يجب أن يكون مظهره العام معتدلاً، بعيداً عن المظهرية والإبهار، محترماً فى مظهره، ملتزماً بحميد الخصال.

– يلتزم القائم بدراسة الحالة بصالح العميل ورفاهيته، يتحاشى كل ما يتسبب بصورة مباشرة أو غير مباشرة في الإضرار به.

– يسعى القائم بدراسة الحالة إلى إفادة المجتمع، ومراعاة الصالح العام طبقاً لما تشير إليه الشرائع السماوية،والدستور، والقانون والعادات والتقاليد.

– يجب على القائم بدراسة الحالة أن يكون متحرراً من كل أشكال وأنواع التعصب الديني أو الطائفي، وأشكالا لتعصب الأخرى سواء للجنس، أو السن، أو العمر، أو اللون، لأن، طبيعة عمله تتطلب التعامل مع أفراد من أديان مختلفة وأجناس مختلفة

يحترم القائم بدراسة الحالة في عمله حقوق الآخرين في اعتناق القيم والاتجاهات والآراء التي تختلف عما يعتنقه، ولا يتورط في أية تفرقة على أساها.

– يقيم القائم بدراسة الحالة علاقة موضوعية متوازنة أساسها الصدق وعدم الخداع، ولا يسعى للكسب، أو الاستفادة من العميل بصورة مادية، أو معنوية إلا في حدود الأجر المتفق عليه، على أن يكون هذا الأجر معقولاً ومتفقاً مع القانون والأعراف السائدة متجنباً شبهة الاستغلال أو الابتزاز.

– يجب ألا يقيم القائم بدراسة الحالة علاقات شخصية – خاصة مع العميل – يشوبها الاستغلال الجنسي، أو المادي، أو النفعي.

– يجب على القائم بدراسة الحالة مصارحة العميل بحدود وإمكانيات النشاط المهني معه دون مبالغة أو خداع.

– يجب أن يستخدم القائم بدراسة الحالة أدوات فنية، أو طرقاً وأساليب مهنية يجيدها، ويطمئن إلى صلاحيتها للاستخدام الجيد ويبتعد عن الأساليب التي لا يجيدها

– يقوم القائم بدراسة الحالة بالمشاركة في عمليات التقييم، أو التشخيص، أو التدخل العلاجي في إطار العلاقة المهنية فقط، وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها كالمقاييس والمقابلات، ولا يجوز تقديم هذه التقارير إلا للجهات المعنية فقط، وعدا ذلك لابد أن يكون بأمر قضائي صريح.

– يسعى القائم بدراسة الحالة لأن تكون تصرفاته وأقواله فى اتجاه ما يرفع من قيمة المهنة في نظرا لآخرين، ويكسبها احترام المجتمع وتقديره، وينأى بها عن الابتذال والتجريح.

– يكون لدى القائم بدارسة الحالة وعى بذاته، دوافعه، وحاجاته وعدم إسقاطها على العميل.

– يتجنب القائم بدراسة الحالة إقامة العلاقات الشخصية بينه وبين العميل.

– يقوم القائم بدراسة الحالة باستئذان الجهات المختصة بحالة العميل إن لزم الأمر، وفى المواقف التي تستدعى ذلك مثل زيارات المستشفيات أو المدارس وغيرها.

المحاضرة التاسعة

الميثاق الأخلاقي للقائم بدراسة الحالة :

– يجب ألا يستخدم القائم بدراسة الحالة أدوات أو أجهزة تسجيل إلا بعد استئذان العميل وبموافقته أو موافقة ولى أمره إذا كان طفلاً.

– يجب على القائم بدراسة الحالة أن يكون مؤتمناً على ما يقدم له من أسرار خاصة وبيانات شخصية عن العميل، وهو مسئول عن تأمينها ضد إطلاع الغير عليها، فيما عدا ما يقتضيه الموقف ولصالح العميل (كما هو الحال في إرشاد الآباء، وعلاج الأطفال ومناقشة الحالات مع الفريق الارشادى أو مع رؤسائه المتخصصين).

– يتحمل القائم بدراسة الحالة المسئولية كاملة عن عمل المساعدين له، عند قيامه بتكليف أحد مساعديه أو مرؤوسيه بالتعامل مع العميل نيابة عنه.

– يوثق القائم بدراسة الحالة عمله المهني بأقصى قدر من الدقة، وبشكل يكفل لأي قائم بدراسة حالة آخر استكماله في حالة العجز عن الاستمرار في المهمة لأي سبب من الأسباب.

– لا يجوز الإعلان عن الحالات التي يدرسها القائم بدراسة الحالة، أو التي يبحثها أو يعالجها، أو يوجهها مقرونة بما يمكن الآخرين من كشف أصحابها (كأسمائهم أو أوصافهم) منعاً للتسبب في أي حرج لهم، أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.

– عندما يعجز العميل عن الوفاء بالتزاماته، فعليه إتباع الطرق الإنسانية في المطالبة بهذه الالتزامات، وتوجيه العميل إلى جهات قد تقدم الخدمة في حدود التي تسمح بها ظروف العميل وإمكانياته.

الفصل الخامس :

ميادين استخدام دراسة الحالة ..

تستخدم دراسة الحالة كأداة لجميع البيانات والمعلومات في العديد من المجالات العلمية، وكانت في كل المجالات أداة هامة وفعالة في الحصول على المعلومات اللازمة عن موضوع الحالة، وهى هامة أيضاً في التشخيص والتقويم وتحديد الأساليب العلاجية المناسبة وخطة المتابعة، وتحديد أفضل طرق وأساليب المتابعة، واحتلت دراسة الحالة مكانة هامة في المجالات التربوية والنفسية والطبية والاجتماعية، حيث يعتمد عليها الباحثون والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والمعالجون والأطباء والمعلمون في تشخيص وتقويم المشكلات النفسية والطبية والتربوية والاجتماعية، ونذكر في الصفحات التالية بعض ميادين استخدام دراسة الحالة في المجال التربوي والنفسي؛ كمجال الاضطرابات والمشكلات النفسية، ومجال المشكلات التعليمية، ومجال التربية الخاصة، مع ذكر نبذة مختصرة عن الاضطرابات والمشكلات التي يشملها كل مجال، ثم وضع نموذج مقترح لدراسة الحالة لكل ميدان من ميادين استخدام دراسة الحالة، مع العلم بأن للقائم بدراسة الحالة وجهة نظر معينة في نوع المعلومات المطلوب الحصول عليها عن العميل

وهذا يعنى أنه في إمكان القائم بدراسة الحالة تعديل نموذج الحالة بما يتفق مع المعلومات والبيانات اللازمة عن العميل والتي تفيد في حالته بما يحقق مصلحة العميل وتوافقه.

تستخدم دراسة الحالة في عدة مجالات منها :

– دراسات النمو في علم النفس الارتقائي.

- الخدمة الاجتماعية.
- الإرشاد والعلاج النفسي.
- التربية الخاصة.

ويمكن استخدام دراسة الحالة في الموضوعات الآتية :

المشكلات المدرسية : حالات التأخر الدراسي، التسرب المدرسي، الهروب المدرسي، عدم الانتباه الصفي.

حالات سوء التكيف الاجتماعي : مثل عدم التوافق مع أنظمة المدرسة أو الزملاء أو المعلمين والعدوانية والعناد المستمر

دراسة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة : مثل المعاقين سمعياً، المعاقين بصرياً، المعاقين عقلياً، ذوى صعوبات التعلم، التوحد، المعاقين حركياً، المضطربين سلوكياً انفعالياً.

الحالات النفسية : مثل الخجل – القلق – الاكتئاب – الانطواء – الخوف المرضى – الوسواس القهري – توهم المرض.

مشكلات النضج : كالنشاط الزائد، أحلام اليقظة، التبول اللاإرادي، مص الأصابع، تدنى مفهوم الذات. .

مشكلات عامة : عدم القدرة على اتخاذ القرار المهني، الإدمان، التأتأة.

الحالات أللاجتماعية : التخريب، الغش، الغضب، السرقة،عدم طاعة الوالدين، دراسات الجريمة

أولا : ميدان الاضطرابات والمشكلات النفسية ..

تمثل الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اهتمام الباحثين سواءً في مجال التشخيص أو العلاج، وإن مجال دراسة الاضطرابات النفسية من المجالات القديمة في البحث العلمي، إلا أن هناك العديد من المتغيرات التي طرأت على المجتمع والتي تجعل دراسة الاضطرابات النفسية أمراً ضروريا، ومن هذه المتغيرات كثرة الضغوط النفسية التي يتعرض الأفراد في العصر الحالي، وسرعة التغير، وتفاوت المستوى الاجماعى والاقتصادي والثقافي، وانتشار البطالة، والأزمات التي يتعرض لها العالم سواء أكانت الأزمة المالية، أو الأزمات التي تتعلق بانتشار الأمراض مثل : أنفلونزا الطيور وأنفلونزا الخنازير وما تتركه من أثر على البناء النفسي والاجتماعي للإنسان، وما تتركه من اثر على البناء الاقتصادي للمجتمع، فضلاً عن المشاحنات الدولية التي تجعل أفراد المجتمع غير آمنين، كل هذه العوامل ذات آثار سلبية على البناء النفسي للإنسان، وهذا ما جعل موضوع دراسة الاضطرابات النفسية موضوعاً هاماً.

ويعرف الاضطراب النفسي أنه "اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي،ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه

ويعرف بأنه : اضطراب وظيفي في الشخصية أسبابه نفسية وأهمها : الصراع والإحباط والحرمان والصدمات، وأعراضه نفسية وجسمية واجتماعية، ويبدو في شكل سلوك مرضى يعوق التوافق النفسي

وتعرف الاضطرابات النفسية بأنها الأساليب السلوكية غير المناسبة وغير الواقعية وغير الخلقية، وهى عادة ما تتجمع معاً في شكل زملات Syndromes، وهى التي يعطيها العلماء والمعالجون أسماء، وتعرف بيننا بالأمراض النفسية

تلخيصاً لما سبق فالاضطراب النفسي يعرف بأنه الخلل الوظيفي في الشخصية والذي يظهر على الشخصية في صورة أعراض نفسية أو أعراض جسمية واجتماعية، نفسي المنشأ يعوق توافق الفرد سواءً مع ذاته أو مع العالم الخارجي

وتحدث الاضطرابات النفسية نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة ومعقدة، داخلية في الإنسان (جسمية ونفسية) وخارجية في البيئة (مادية واجتماعية)، ومن النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد للاضطرابات النفسية؛ كالوراثة أو الصدمة، ونقول أنها السبب الوحيد لمرض نفسي بعينه، بل تتعدد الأسباب إلى الحد الذي قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى تأثير كل منها، فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهناً بسبب واحد، وأن الأعراض المنفردة ليست لها قيمة تشخيصية في حد ذاتها، وأن الأعراض تتنوع وتشترك الاضطرابات النفسية فيها، وتظهر أعراض الاضطراب النفسي عادة في شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين، ويجب الاهتمام بالارتباط المتبادل بين الأعراض بعضها البعض، حيث يلاحظ أن العرض الواحد قد يدخل في زملات أو مجموعات أو تشكيلات مختلفة يميز أمراضاً بعينها

أسباب الأمراض النفسية :

تنقسم أسباب الأمراض النفسية إلى :

١- الأسباب الأصلية أو المهيئة : وتشمل الأسباب غير المباشرة التي تمهد لحدوث لمرض وتجعل الفرد عرضة للإصابة بالمرض إذا ما ظهر سبب مساعد أو مرسب مثل العيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة خاصة في مرحلة الطفولة وانهيار الوضع الاجتماعي

وتتضمن ما يلي :

- **العوامل الوراثية** : تعتبر الوراثة سبباً مهيئاً للمرض النفسي اى أنه لا يسبب المرض بصورة مباشرة بل تؤدى الوراثة إلى احتمال الإصابة بالمرض.

- **المرحلة العمرية** : وتلعب المرحلة العمرية دوراً هاماً في إصابة الفرد بالمرض النفسي فعدم القدرة على الانتقال من مرحلة عمرية إلى أخرى يهيئ الفرد للإصابة بالمرض النفسي، ففي مرحلة المراهقة يتعرض المراهق للعديد من الصراعات النفسية حيث يبحث فيها عن نفسه ثم مرحلة الرشد التي تزداد فيها المسئوليات والضغوط، وتجعل الفرد عرضة للكثير من الاضطرابات والصراعات مما يجعله مرشحاً للإصابة بالمرض النفسي، ثم مرحلة الشيخوخة والتي تضعف فيها القوى الجسمية والعقلية للفرد ويشعر بالضعف وعدم الفائدة مما يجعله عرضة للمرض النفسى .

٢- الأسباب المساعدة أو المرسبة .. وتشمل الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة لحدوث المرض والتي تعجل بظهوره، وتكون بمثابة القشة التي قسمت ظهر البعير أو القطرة التي يطفح بها الكيل مثل الأزمات الاقتصادية والصدمات الانفعالية،ولانتقال من نمط حياة إلى نمط حياة آخر، الانتقال من بيئة إلى أخرى .

وتتضمن ما يلي :

- **أسباب ذات طابع جسمي** : وتشمل الحمى والالتهابات والإرهاق والتي تعتبر ثلاثياً متكاملاً لإظهار المرض النفسي، التسمم الخارجي كالمخدرات والكحول والمنومات، التسمم الداخلي الناشئ عن الالتهابات الرئوية والتهاب الدماغ وشلل الأطفال، التمثل الغذائي المضطرب، الأمراض العصبية والمخية المزمنة مثل أورام المخ وانسداد الشرايين.

- **أسباب ذات طابع نفسي (الانفعالات)** : تلعب الانفعالات دوراً مهماً في إصابة الفرد بالمرض النفسي فهي من الأسباب الرئيسية لإصابة الفرد بالمرض النفسي .

المحاضرة العاشرة

الأسباب الحيوية (البيولوجية) :

– وتشمل الأسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ على تاريخ نمو الفرد مثل الاضطرابات الفسيولوجية وعيوب الوراثة ونمط البنية أو التكوين وعوامل النقص العضوي، وتتضمن ما يلي :

- **الاضطرابات الوراثية** : تعتبر الوراثة من الأسباب المهيئة للمرض النفسي، حيث إن العامل الوراثي يزود الفرد باستعداد يهيئ للمرض قد تظهره البيئة أو تعوقه عن الظهور فالذي يورث ليس المرض النفسي بل الاستعداد للإصابة بالمرض النفسي ومن أهم الأسباب الوراثية للمرض النفسي التشوهات الخلقية الوراثية، اضطراب درجة الحساسية الوراثي، اضطراب قوة الدافع، ضعف القابلية للتعلم، اضطراب درجة الاحتمال، اضطراب الحيوية وهناك بعض الأمراض التي يكون للوراثة دور في الإصابة بها وهى : الفصام وذهان الهوس والاكتئاب والضعف العقلي والصرع.

- **الاضطرابات الفسيولوجية** : تتضمن خلل أجهزة الجسم (خلل الجهاز العصبي، خلل الجهاز الدوري، خلل الجهاز الهضمي، خلل الجهاز التنفسي) التغيير الفسيولوجي في مراحل النمو المختلفة ومن أهم مظاهره ((البلوغ الجنسي، الزواج، الحمل والولادة، سن القعود، الشيخوخة

- **الاضطرابات البينية (التكوين)** : تتضمن اضطراب النمط الجسمي واضطراب المزاج واضطراب الغدد.

- **العوامل العضوية** : تتضمن الأمراض (الزهري، إصابة المخ، الحمى الشديدة، أمراض القلب والسكر، أمراض المخ العضوية، أمراض الجهاز العصبي، السموم الصدمات ونقص الأكسجين وفقر الدم)، التسمم وقد يكون خارجياً أو داخلياً، الإصابات (إصابات المخ والرأس والعمليات الجراحية)، العاهات الجسمية والتشوهات الجسمية (منها ما هو خلقي أو ولادى أو مرضى مثل العمى والصمم والكساح وتشوه صورة الجسم).

- **مراحل السن الحرجة** : إذا لم يتلق الفرد الخبرات المناسبة في الوقت المناسب فإن ذلك يعوق النمو ويؤدى إلى سوء التوافق والاضطراب النفسي كما قد يتعرض الفرد إلى خبرات مؤلمة تعوق نموه وتؤدى إلى سوء التوافق والاضطراب النفسي مثل الخبرات الصادمة في الطفولة، عدم التوازن فى مختلف جوانب النمو في المراهقة، ونقص القوى الجنسية وبدء التدهور وعدم الأهمية فى سن القعود.

- **ظروف العمل القاسية** : مثل الإجهاد في العمل، ضغوط العمل، نقص عام في القدرة التوافقية للجسم والتعرض لدرجات الحرارة العالية.

الأسباب النفسية :

هي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي وتتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية ومن أهم الأسباب النفسية : الصراع والإحباط والحرمان، العدوان،حيل الدفاع غير التوافقية، عدم النضج النفسي، الإصابة السابقة بالمرض النفسي، ويمكن توضيحها على النحو التالي:

- **الصراع** .. ينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد، والفرد الذي يهدده الصراع يهدده القلق يكون فريسة للمرض النفسي مثل : صراع الإقدام، صراع الإحجام، صراع الإقدام والإحجام، الصراع بين الهو والأنا، الصراع بين الأنا والأنا

الأعلى، الصراع بين الدوافع والضوابط، الصراع بين المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية، الصراع بين الرغبة الجنسية وموانع الإشباع الجنسي، صراع الأدوار الاجتماعية، الصراع بين الحاجات الشخصية والواقع، صراع القيم صراع الطبقات، صراع السلطة.

- **الإحباط** .. ويعرف بأنه شعور الفرد باستحالة تحقيق الرغبات والحوافز أو المصالح الخاصة به، وتتضمن إعاقة الرغبات الأساسية استحالة تحقيق الرغبات، الشعور بخيبة الأمل، النمو الجسمي المتأخر، الشعور بالعجز التام والخبرات المعوقة، استحالة تحقيق مستوى الطموح المرتفع أو المثالي.

- **الحرمان** .. هو انعدام الفرصة لتحقيق الدافع أو إشباع الحاجة مثل الحرمان البيولوجي، الحرمان النفسي المبكر، الحرمان البيئي عدم إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجات الحشوية، والحسية، والانفعالية، والجنسية، الحرمان من الحب وحنان الوالدين.

الخبرات الصادمة أو السيئة .. ويشمل مرور الفرد بخبرات صادمة في حياته خاصة الطفولة يجعله عرضة للإصابة بالمرض النفسي مثل موت والد أو أخ، عملية جراحية، الأزمات الاقتصادية، المشكلات الاجتماعية، الحرمان من إشباع الحاجات الأساسية.

- **الإصابة السابقة للمرض النفسي** .. وتمثل الإصابات السابقة للمريض بالمرض النفسي والتي تجعله عرضة للنكسة مرة أخرى.

الأسباب البيئية الخارجية : وتشمل الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي مثل : اضطراب العوامل الحضارية والثقافية واضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع، **وتتضمن ما يلي** :

- **عوامل البيئة الاجتماعية** : تتمثل في ضغوط البيئة الاجتماعية، جموح التغيير الاجتماعي.
- **العوامل الحضارية والثقافية** : تتمثل في الثقافة المريضة والتطور الحضارى السريع والتصادم بين الثقافات.
- **اضطرابات التنشئة الاجتماعية** : تتمثل في اضطرابات الأسرة واضطرابات المدرسة

دراسة الحالة لذوى الاضطرابات والمشكلات النفسية :

تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الهامة في مجال الاضطرابات النفسية حيث يعتمد عليها المعالجون والمرشدون في عمليات التشخيص والعلاج والمتابعة، وتتضمن دراسة الحالة البيانات العامة عن العميل ولخصاً لحالته، الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية والثقافية للأسرة، مراحل تطور العميل وخصائص كل مرحلة، التطور المرضى، نتائج الاختبارات والفحوص الطبية والنفسية، المشكلات والاضطرابات التي يعانى منها العميل، التطور التعليمي والتربوي

ثانيا : **ميدان الاضطرابات والمشكلات التعليمية** ..

يواجه المعلم والقائمون على العملية التعليمية العديد من المشكلات والاضطرابات الصادرة من تلاميذهم أو طلابهم سواء في التعليم قبل الجامعي أو في التعليم الجامعي، وتترك هذه المشكلات والاضطرابات العديد من الآثار السلبية على المناخ المدرسي أو الجماعي بصفة عامة والذي يترتب عليه تعطيل لمهمة ولوظيفة المدرسة أو الجامعة.

وتشمل هذه المشكلات التأخر الدراسي والهروب من المدرسة، وكثرة الغياب، والتدخين، الكذب، السرقة، العدوان، فضلاً عن الاضطرابات النفسية العديدة وخصوصاً الخجل والانطواء والعزلة.

وتأخذ بعض المشكلات درجة كبيرة من التعقيد، وقد تصل إلى أن تكون مزمنة، الأمر الذي يجد فيه معلم الصعوبة في مواجهة مثل هذه المشكلات، وتتطلب هذه المشكلات البحث والدراسة، والتشخيص والعلاج

تفرض بعض المشكلات المدرسية العديد من الآثار السلبية التي تعرقل الأداء المدرسي والجامعي بصفة عامة، ويحتاج القائم على مثل هذه المشكلات إلى دراسة حالة يتعرف من خلالها على وضع العميل الحالي وما يحيط به من ملابسات وعوامل داخلية وخارجية، ويختلف ممحتوى دراسة الحالة في المشكلات المدرسية باختلاف كل مشكلة حيث تتطلب كل مشكلة معلومات وبيانات معينة.

ثالثا : ميدان التربية الخاصة ..

يحتاج ميدان التربية الخاصة إلى المزيد من الجهود التي تبذل لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة لأننا نتعامل مع فئات تفتقر إلى أحد منافذ الحياة والذي يترتب عليه قصور في بلوغ بعض المعارف والمهارات اللازمة للحياة العادية لذا كان تكثيف الجهود أمراً لابد منه وخصوصاً مع تزايد أعداد ذوى الاحتياجات الخاصة مع تزايد عدد السكان وزيادة معدلات التلوث في البيئة وانتشار الحوادث وقصور الخدمات المقدمة إلى ذوى الاحتياجات الخاصة.

– ويشير أحد التقارير إلى أن نسبة ذوى الاحتياجات الخاصة في الدول الصناعية المتقدمة تصل إلى ١٠% من تعداد السكان وعلى هذا قدرت هيئة الصحة العالمية عدد المعوقين بحوالي ٦٠٠ مليون نسمة عام ١٩٩٤، والمتوقع أن تكون نسبة الإعاقة في مصر وفى الدول النامية أعلى من تلك النسب بكثير لأسباب منها زواج الأقارب وارتفاع شريحة الأطفال الأقل من ١٦ سنة إلى نسبة ٤٥% من عدد السكان وسوء التغذية وانتشار الأمراض وغياب الإعلام الصحي الكافي.

فالإعاقة السمعية في مصر عام ٢٠٠٦ ١٠٩.٨٥٩ ومن المتوقع أن يصل عدد المعوقين سمعياً في عام ٢٠١٧ إلى ١٢٧.٩٠٥

– يعتبر ميدان التربية الخاصة من أكثر الميادين التي تعتمد على دراسة الحالة، وتتوقف على دراسة الحالة موضوعات كثيرة ترتبط .بميدان التربية الخاصة مثل عملية التشخيص والتقييم، وعملية العلاج أو الإرشاد أو التدريب، وعملية المتابعة،ويمكن القول أنه بقدر ما تتمتع به دراسة الحالة من دقة وصدق وثبات يكون التشخيص الدقيق المتمايز ويكون العلاج والإرشاد الأمثل، وتكون المتابعة الصادقة.

– وتشمل دراسة الحالة في مجال التربية الخاصة بصفة عامة التقييم الشامل لحالة الأسرة من حيث الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والصحية، بما في ذلك عدد أفراد الأسرة وترتيب أعضائها وترتيب الطفل (العميل) بين أخوته، معلومات شاملة عن تاريخ الحمل وظروف عملية الولادة سواء أكانت طبيعية أم متعسرة أو ولادة قيصرية، الأمراض التي تعرضت لها الأم قبل الحمل أو أثناء عملية الحمل أو أثناء عملية الولادة أو أثناء فترة الرضاعة،عمليات تطور الطفل في النواحي الحسية والجسدية والانفعالية والاجتماعية والحركية، حالات الإعاقة الأخرى فى أسرة الطفل، الظروف الصحية للأب، التدخين والمخدرات والكحوليات داخل الأسرة.

ويختلف التشخيص في التربية الخاصة باختلاف فئات التربية لخاصة حيث إن كل فئة من فئات التربية الخاصة لها خصائصها التي تميزها عن غيرها، بل إن الأفراد داخل الفئة الواحدة قد يختلفون فيما بينهم، فكل فرد من ذوى الاحتياجات الخاصة يمثل حالة بذاته له خصائصه التي تميزه عن غيره في نفس الفئة، ونعرض هنا لفئات التربية الخاصة ونماذج دراسة الحالة المقترحة لها على النحو التالي :

الإعاقة العقلية Mental Retardation :

– نالت مشكلة التخلف العقلي اهتماماً متزايداً على مستوى العالم لما تسببه هذه المشكلة من مشكلات سواءً على المستوى الخاص داخل الأسرة أو على المستوى العام داخل المجتمع، حيث يعد الطفل المتخلف عقلياً عبئاً على الأسرة، فهو يحتاج إلى رعاية خاصة تثقل إلى حد كبير كاهل الأسرة المادي والاجتماعي والنفسي.

- ويعد التخلف العقلي من أشد مشكلات الطفولة خطورة إذ يمكن النظر إليه وتتداخل تلك الجوانب، فهي مشكلة طبية واجتماعية وقانونية وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض مما يجعل منها مشكلة مميزة في تكوينها إلى جانب حاجة الطفل المتخلف عقلياً إلى الرعاية والمتابعة والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به والمجتمع ممثلاً في بعض مؤسساته المختلفة

- شاعت فى التراث السيكولوجى العديد من المصطلحات للدلالة على الظاهرة ككل مثل :

- التخلف العقلى Metal Dieficiency
- الإعاقة العقلية Mental Handicap
- المستوى دون العادى Mental Subnormality
- انعدام العقل أو قصور نموه Amentia
- المتأخر عقلياً Mental Back Ward
- المعوقين عقلياً Metnally Retarded
- الإعاقة العقلية Mentally impaired
- بليد العقل أو المتبلد عقلياً Metnally Dull
- ضعاف العقول أو واهن العقل Feeble – Minded
- ناقص العقل Mental Defective
- الإعاقة العقلية Mental Disabled

- **وتعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة العقلية بأنها** "حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله، ويتميز بشكل خاص باختلال في المهارات التى تظهر أثناء دورة النمو وتؤثر في المستوى العام للذكاء أي القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية، ويحدث التخلف العقلي مع أو بدون اضطراب نفسي أو جنسي آخر ويعرف التخلف العقلي في الجمعية الأمريكية للطب النفسي في إصدارها الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية بأنه "انخفاض الأداء الذهني العام عن المتوسط بدرجة دالة يكن مصحوباً بقصور جوهري في الأداء التكيفى في اثنين على الأقل في المجالات الآتية : الاتصال، الإفادة من المجتمع التوجيه الذاتي، المهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة والسلامة، رعاية الذات، المعيشة المترلية، المهارات الاجتماعية .

- **ويعرف التخلف العقلي في الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بأنه** : إعاقة تميزت بقصور جوهرية لكل من الأداء العقلي والسلوك التكيفى معبر عناه في المهارات التكيفية العملية، الاجتماعية، المفاهيمية، وتنشأ قبل سن ١٨ سنة .

- **ويعرف التخلف العقلي بأنه** "إعاقة عقلية تظهر في سن مبكر وينتج عنها قصور في المهارات التكيفية اليومية ويقاس هذا التخلف في الأساس بالأداء الوظيفي العقلي متمثلاً في نسبة الذكاء والتي تتراوح ما بين ٧٠-٧٥ درجة وما ينتج عنها ويقاس الأداء الوظيفي التكيفى من خلال اختبارات سيكومترية مقننة في المهارات التكيفية

- **ويعرف بأنه** "قصور في الأداء الراهن للفرد يولد مزوداً به أو يحدث قبل سن الثامنة عشرة من العمر لأسباب وراثية أو بيئية أو هما معاً، ونستدل عليه من انخفاض دال في الأداء الوظيفي العقلي العام عن المتوسط بدرجة دالة ويتلازم معه قصور في السلوك التكيفى

المحاضرة الحادية عشر

تصنيف التخلف العقلي :

يهدف تصنيف التخلف العقلي إلى وضع كل مجموعة من الحالات في فئة تبعاً لما يجمع بينها من عوامل مشتركة، ويهدف التقسيم أحياناً إلى تحديد نوع الخدمات اللازمة لكل مجموعة من الحالات وفقاً للأسباب والعوامل المؤدية إليه، وأحياناً يكون التقسيم لأهداف تعليمية أو اجتماعية أو إكلينيكية.

وتصنيف المتخلفين عقلياً فى فئات معينة لا يعنى الجمود والثبات، بل يمكن من خلال التدريب والتعليم انتقال الطفل المتخلف من فئة أدنى إلى فئة أرقى، وفى هذا الصدد يرى

– أن الفئة التي يدرج الطفل في نطاقها لا تمثل حكماً قاطعاً نهائياً ومستمراً عليه، بل ينظر إلى التصنيف على أنه تقسيم مرحلي مرن بحيث يسمح للطفل بالانتقال من فئة إلى أخرى بحسب مدى نموه وتحسن مستوى مهارته وتوافقه ونضوجه،وفقاً لما يتعرض له من عمليات تعليم وتدريب وتأهيل.

وتشارك علوم متعددة في وضع تصنيفات التخلف العقلي منها علوم الطب وعلم النفس والقانون وكذلك الهيئات والمنظمات الدولية المهتمة بالتخلف العقلي، وتعد التصنيفات التربوية والاجتماعية والسيكولوجية من أهم التصنيفات المعمول بها في مجال التربية وعلم النفس، ونعرض بإيجاز أهم ما تتضمنه هذه التصنيفات على النحو التالي :

١- التصنيف التربوي Educational Classification : تصنف حالات التخلف العقلي وفقاً لمتغير القدرة على التعلم إلى الفئات التالية :

أ- القابلون للتعلم .. وتتراوح معدلات ذكائهم بين ٥٠–٧٠ درجة، وهم حالات التخلف العقلي البسيط ويمثلون ٢.١٤% من إجمالي عدد السكان وهم لا يستطيعون مواصلة الدراسة وفقاً لمعدلات والمناهج العادية، إلا أنهم يمتلكون المقدرة أو الاستعداد داخل بيئة تعليمية ملائمة، وغالباً لا يستطيعون البدء في اكتساب مهارات القراءة والكتابة والهجاء قبل سن الثامنة وربما الحادية عشرة.

ب- القابلون للتدريب Trainable.. يتراوح معدل ذكائهم بين ٢٥–٥٠ درجة، وهم حالات التخلف العقلي المتوسط الذين يطلق عليهم البلهاء، ويمثلون حوالي ٠.١٣% من إجمالي عدد السكان، ويعانون من صعوبات شديدة تعجزهم عن التعلم، اللهم إلا قدراً ضئيلاً جداً من المهارات الأكاديمية والمعلومات الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب، إلا أنهم قابلون للتدريب على مهام العناية الذاتية والوظائف الاستقلالية والأعمال اليدوية الخفيفة مما لا يستلزم مهارات فنية عالية، وذلك تحت الإشراف الفني والتوجيه المهني في بيئات وورش محمية.

جـ- المعتمدون Custodial .. وكان يطلق عليهم المعتوهون، وهم حالات التخلف العقلي الجسيم أو المطلق وأكثر مستوياته تدنياً وتدهوراً وتقل معدلات ذكائهم عن ٢٥ درجة، ويقعون في نطاق ٠.١٣% من إجمالي عدد السكان عموماً، وهم عاجزون كلية حتى عن العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار، لذا يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم، ويحتاجون إلى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة من النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية داخل مؤسسات خاصة أو مراكز علاجية أو في محيط أسرهم الطبيعية إذا ما توفرت لهم ظروف الرعاية المناسبة .

وتعتبر هذه الفئات الثلاثة أهم فئات التصنيف التربوي إلا أن بعض المختصين يضيف إلى هذه الفئات فئة الأغبياء ويتراوح ذكاء هذه الفئة بين ٧٥ أو ٨٥ — ٩٠ درجة، ويكون أطفال هذه الفئة قادرين على التنافس في المدرسة في معظم المجالات فيما عدا المواد الأكاديمية الدقيقة فمعدلاتهم تحت المتوسط، كما أن التوافق الاجتماعي لا يختلف عن سائر أفراد المتجمع رغم كونه في المستوى الأدنى، وأن أداءه الوظيفي مناسب في المجالات غير التقنية ويمكن أن يعول .

٢- التصنيف الاجتماعي :

يتم في هذا النوع تصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل حيث يعتبر غير كفء اجتماعياً ومهنياً ودون نظيره السوي في القدرة العقلية والاجتماعية، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة من الميلاد أو في سن مبكرة من النمو وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد، وهى حالة غير قابلة للشفاء التام، وتتسم بقصور واضح في الأداء السلوكي الوظيفي، ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقران في مثل سنه وفى جماعته الثقافية وتوجد فئات التخلف العقلي تبعاً لهذا التصنيف في أربع فئات هي :

أ- القصور البسيط أو الخفيف .. يرتبط القصور في السلوك التكيفى داخل هذه الفئة بما يلقاه الطفل من معاملة أسرية ومدرسية، والتوقعات المسبقة على استعداداته وسلوكه، ومدى تعريضه لخبرات ومواقف لا تتناسب واستعداداته مما يعرضه لمشاعر الفشل المتكررة والإحباط، ومن ثم تكون الحاجة ماسة إلى ضرورة تفادى هذه المواقف وتحقيق التكافؤ بين ظروف ومطالب البيئة من ناحية وقدرات هؤلاء الأطفال من ناحية أخرى بما يساعدهم على التعلم واكتساب مشاعر الثقة والإنجاز قدر الإمكان، ويلاحظ أن أطفال هذه المرحلة قابلون للتعلم، ويمكن أن يفيدوا من البرامج التعليمية العادية ويحققوا استقلالاً شخصياً، ويعولوا أنفسهم في المستقبل.

ب- القصور المتوسط Moderate .. يعانى ذوو القصور المتوسط من القصور في المظاهر النمائية، ومع ذلك يمكن تدريبهم على اكتساب مهارات المساعدة الذاتية والعناية بالنفس كارتداء الملابس وخلعها وعادات النظافة والإخراج وتناول الطعام كما يمكن تدريبهم على القيام ببعض الأعمال المترلية وممارسة مهن يدوية خفيفة، وهم قادرون على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التي تساهم في تحسين تكيفهم الشخصي والاجتماعي في المترل ومع جماعة الأقران وفى المجتمع.

ج- القصور الشديد .. فضلاً عما يعانى أطفال هذا المستوى من قصور في المظاهر النمائية فإن تخلفهم العقلي غالباً ما يصاحبه إعاقات جسمية أخرى، وتأخر في النمو اللغوي والمهارات المركبة وعيوباً في النطق والكلام، كما يعانون من القصور الشديد في الاستقلال الذاتي والعجز عن إصدار أحكام صحيحة أو اتخاذ القرارات، ويمكن أن يتعلموا قليلاً من المهارات الشخصية للاعتماد على النفس وتفادى الأخطار إلا أنهم في حاجة ماسة إلى الإشراف والرعاية شبه الكاملة فى المؤسسات الإيوائية.

د- القصور الحاد أو الجسيم .. يكاد يكون التخلف العقلي في هذه الفئة مطبقاً، ويصاحبه تدهور في الحالة الصحية والتآزر الحركي والنمو الحسي الحركي، وقصور شديد في الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام، ومن ثم أساليب التواصل وما يترتب على ذلك كله من عجز ونقص واضح في الكفاءة الشخصية والاجتماعية، فهم في حاجة إلى الاعتماد المستمر على غيرهم طوال حياتهم ورعايتهم تماماً داخل مراكز علاجية خاصة .

٣- التصنيف السيكولوجي :

يقوم أصحاب هذا الاتجاه على تصنيف فئات التخلف العقلي تبعاً لدرجاتهم على أحد مقاييس الذكاء الفردية، ومن أكثر المقاييس استخداماً مقياس (وكسلر Wechsler) ومقياس (ستانفورد – بينيه Stanford – Binet) وتنقسم حالات التخلف العقلي تبعاً لهذا الاعتبار إلى أربع فئات هي :

أ- التخلف العقلي البسيط Mild .. ويضم ٨٥% تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال بين ٥٠-٥٥ إلى أقل من٧٠ درجة.

ب- التخلف العقلي المتوسط Moderate .. ويضم حوالي ١٠% تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال بين ٣٥-٤٠ إلى ٥٠ درجة.

جـ- التخلف العقلي الشديد Severe .. ويضم حوالي ٣-٤% تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال بين ٢٠-٢٥ إلى ٣٥ درجة.

د- التخلف العقلي الحاد أو الشديد Profound .. ويضم حوالي ٣-٤% تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال بين ٢٠-٢٥ فأقل (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٤ : ٧٣-٧٤).

تشخيص التخلف العقلي :

تعتبر عملية تشخيص وتقييم الأطفال المتخلفين عقلياً من العمليات الهامة، إذ تساهم في التحديد الدقيق للطفل المتخلف عقلياً وذلك بوضعه في الفئة التي تناسب إمكانياته وقدراته وبالشكل الذي يمكن من خلاله مساعدة الطفل المتخلف عقلياً حتى يستفيد بأقصى ما يمكن من أوجه الرعاية سواءً داخل الأسرة أو داخل مؤسسات المجتمع الخاصة برعايته، ومن ثم يمكن تحديد البرامج التربوية والعلاجية والأنشطة والوسائل اللازمة للنهوض بمستواه.

ويحدد تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام ١٩٩٤ عدداً من الشروط يمكن اعتبارها من المحكات الهامة لتحديد الطفل المتخلف عقلياً والتي تتمثل في الآتي :

- أن يكون أداؤه الوظيفي العقلي دون المتوسط بشكل دال.
- أن يكون في الوقت ذاته غير قادر على أن يعتنى بنفسه أو يعيش بشكل مستقل بمعنى أ، يعانى من قصور في سلوكه التكيفى.
- أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد، أي قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره

ويتضح من تلك المحكات التشخيصية استخدام أكثر من محك لتحديد حالة التخلف العقلي، وربما يرجع ذلك الجمع إلى عدة اعتبارات من أهمها ما يلي :

- أن التخلف العقلي ظاهرة معقدة متعددة الجوانب والأبعاد، وأن القصور الذي يترتب عليه لا ينحصر في الجانب العقلي فقط، بل يشمل جوانب مختلفة من السلوك، عقلية معرفية، وتحصيلية مدرسية، وجسمية حركية وحسية، ووجدانية واجتماعية.
- أن استخدام أكثر من محك في التشخيص يساعد على تجنب أخطاء القياس غير المقصود.
- أن وجود معاملات الذكاء فقط غير كاف للدلالة على التخلف العقلي، فهي ليست العامل الاساسى المحدد لسلوك الفرد ومستوى تصرفاته وليست المسئول الوحيد عن تحصيله واكتسابه، فهي لا تعكس سوى جانب واحد من قدرات الفرد واستعداداته

ويتجه الباحثون حديثاً إلى الأخذ بالاتجاه التكاملي في تشخيص حالات التخلف العقلي، وفى هذا النوع يتم الجمع بين النواحي الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية، وهذه الأعراض من وجهة نظرهم لا تظهر معاً إلا في حالات التخلف العقلي، ويقوم بهذا التشخيص فريق من المتخصصين كل في مجاله .

– وتشمل النواحي الطبية البيانات اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواءً منها ما يتعلق بالطفل ذاته أو بأسرته، ومن بينها التاريخ الصحي التطوري للحالة والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والحسى، ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغددية، بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي إن وجد .

– واستخدمت أيضاً اختبارات الذكاء لتحديد وتصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً داخل فئات محدودة إلى أن (كمال إبراهيم) يشير إلى أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ترى أن الطفل المتوافق اجتماعياً مع أسرته ومدرسيه لا يعتبر متخلف عقلياً، حتى لو حصل على نسبة ذكاء منخفضة لأن نسبة الذكاء في هذه الحالة خادعة، ولا تدل على مستواه العقلي الحقيقي، لأن توافقه الاجتماعي يدل على أنه شخص عادى الذكاء أو أقل من العادي بقليل ومن هنا كان الاهتمام بالتشخيص الاجتماعي للتخلف العقلي

– ويتضح من ذلك أن معيار الذكاء ليس كافياً لتحديد حالة التخلف العقلي لأن تفاعل الطفل اجتماعياً مع الآخرين مؤشر على توافقه، وفى هذا الصدد يرى (عبد المطلب أمين القريطى، ٢٠٠٥ : ٢٢٠) أن التاريخ التطوري للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه في المدرسة والمجتمع، وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية، وكذلك التاريخ التعليمي والمدرسي والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس في المجالات الأكاديمية وغير الأكاديمية والسلوك في المدرسة ومع جماعة الأقران والصعوبات التعليمية من العوامل الهامة التي يجب أن تراع عند تشخيص حالات التخلف العقلي.

– وتوجد أيضاً العديد من المشكلات الأخرى التي يعانى منها المتخلفون عقلياً، والتي قد تتزامن في حدوثها مع إعاقتهم العقلية، ومن بينها المشكلات التى تتعلق بالمشي، والمشكلات الحركية الدقيقة، والتحدث والسمع والإبصار كما يعانون من الصرع والشلل الدماغي (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٤ : ٩٦) وكل هذه المشكلات يجب أن توضع في الحسبان عند تشخيص حالات التخلف العقلي، لذلك كان الأسلوب التكاملي في التشخيص والذي يجمع بين النواحي الطبية التربوية والاجتماعية والنفسية أسلوباً دقيقاً في تحديد حالات التخلف العقلي، إذ أنه يبتعد عن المجازفة والعشوائية ويتسم بالموضوعية في التقييم والتشخيص، كما أن إخبار أسرة بأنه لديها طفل متخلف عقلياً تترتب عليه العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والمادية التي ستعانى منها الأسرة لوجود هذا الطفل، فيجب أن يتوخى الاخصائى الحذر قبل أن يخبر والدي الطفل وذلك بالتشخيص الدقيق المتعدد، ولا يكتفي بوصف الطفل بالتخلف العقلي، بل عليه أن يضعه في الفئة التى تناسب مستواه من فئات التخلف العقلي، ويساعد الأسرة بما تحتاجه الطفل من خدمات خاصة

المحاضرة الثانية عشر

أسباب التخلف العقلى :

تحديد أسباب التخلف العقلي عملية معقدة تتضمن اتخاذ قرارات فيها قدر كبير من الجزافية وقد تنمى الخبرة الإكلينيكية المستمرة الطباعات قوية، ولكنها أيضاً تولد الشعور بأن مدى معرفتنا بالحقيقة متواضع جداً، وهى قد تتضمن تقويم دور أحداث ماضية مثل التأثيرات الحقيقية لأخطاء عمليات الولادة، والتعرض لمصادر العدوى، أو تقديم رعاية والدية شاذة وكلها تشكل صعوبات ضخمة أمام الإكلينيكي

ويشير (محمد السيد عبد الرحمن ومحمد الشبراوى، ٢٠٠٤ : ٢٩-٣٨) في دراسة مسحية عن أسباب التخلف العقلي إلى مجموعة من الأسباب هي :

١- أسباب وراثية بيئية قبل الولادة .. وتتمثل هذه الأسباب في وجود إعاقة في الأسرة، حيث إن الجينات الوراثية في كروموسومات الوالد المعاق تنقل صفات هذا الوالد إلى الجنين في فترة تكوينه خلال مدة الحمل، وزواج الأقارب وما ينتج عنه من مشكلات، وكذلك تعرض الأم الحامل للإصابة ببعض الأمراض،والكشف بأشعة (×)، وتناول الأم/ لكمية من الأدوية بدون كشف طبي، وحدوث صدمات في بطن أو ظهر الأم وسقوط الأم من مكان مرتفع أو حدوث صدمة برأس الأم أفقدتها الوعي، حدوث نزيف للأم قبل الولادة، عمر الأم عند الحمل سواءً أكان أصغر من المعدل الطبيعي أم أكبر ومحاولات الإجهاض وإجراءات عمليات الجراحة للأم أثناء الحمل، وكذلك تعرض الأم للمشكلات النفسية مثل الطلاق أو موت شخص عزيز، فهذه المشكلات بجانب ما تسببه للأم من أمراض سيكوسوماتية فإنها تؤثر سلباً على جهازها العصبي، ومن ثم إفراز الغدد الصماء، والعمليات الحيوية التي تحدث في جسمها ومنها توصيل الغذاء والأكسجين وتوفير البيئة الملائمة لنمو الجنين.

٢- أسباب تتعلق بمرحلة الولادة .. تحدث الإعاقة للطفل بسبب ممارسات خاطئة وإصابات أثناء الولادة المتعسرة واستعمال أدوات طبية مساعدة، وترجع أيضاً إلى طبيعية عملية الولادة حيث تقوم بعملية التوليد (داية) وهى تفتقر إلى الخبرة الطبية الشاملة بحالة الأم من ضغط وسكر وغيره، ناهيك عن عمليات التلوث المؤكدة في تلك الحالة، وإجراءات قطع الحبل السري وتنظيف الطفل وتوفير الأكسجين اللازم لتنفسه، وقد تعطى الداية للأم/ بعض العقاقير أو الحقن المساعدة على الطلق وبالتالي سرعة الولادة، مع عدم قدرتها على ضبط كمية أو نوعية تلك العقاقير وآثارها الجانبية، ففي هذا الجو المفتقر للخبرة والأمن النفسي تضطرب الأم ويزداد توترها ولهذا آثار سيئة عليها وعلى المولود وتكثر مثل هذه الظروف في الأحياء الشعبية والريف.

٣- أسباب تتعلق بمرحلة ما بعد الولادة .. ترجع الإصابة بالتخلف العقلي إلى مجموعة من الأسباب الخاصة بمرحلة ما بعد الولادة أهمها إصابة الطفل بالأمراض الحمية الفيروسية والميكروبية ومن أهمها الحصبة واضطراب الغدد الصماء كالالتهاب السحائي والنزلات المعوية والشعبية الحادة وما يصاحبها من إسهال وجفاف وما يترتب عليها من اضطراب التمثيل الغذائي لدى الطفل أو إعاقته لنمو جهاز أو أكثر من أجهزة جسمه عن أداء وظيفته بالكفاءة المتوقعة حسب سنه وجنسه، وهناك أيضاً الإصابات الناتجة عن العدوى والممارسات اليومية الحياتية الخاطئة الناتجة عن نقص الوعي الصحي والتلوث وغيرها المرتبطة بدورها بالفقر والحرمان والجهل الذي يؤدى بدوره إلى عدم الاهتمام بإعطاء الطفل التطعيمات في مواعيدها بالرغم من أن الدولة توفرها لجميع الأطفال بالمجان، ومن الممارسات الخاطئة للأهل والمرتبطة بالجهل ونقص الوعي الصحي علاج الطفل بوصفات بلدية وإعطائه عقاقير بدون

استشارة طبيب متخصص بدعوى أن طفلاً آخر كان يعانى من نفس الأعراض وشفى بنفس الدواء رغم ما أثبته الطب من تشابه الأعراض لأكثر من مرض.

٤- أسباب أسرية .. ترجع إعاقة الطفل بعد الولادة إلى عوامل بيئية أسرية منها انخفاض مستوى تعليم الوالدين وما يترتب عليه من نقص الوعي الصحي وجهل بالعادات الصحية السليمة وبالتالي تتبع الأسرة عادات وممارسات يومية خاطئة في تنشئة الطفل جسمياً وعقلياً ونفسياً في مواقف حياتية كالتغذية والنظافة والتطعيم والعلاج من الأمراض وكلها عوامل مسببة أو مساعدة على حدوث الإعاقة، وأيضاً كبر حجم ألاسره وما يترتب عليه من عدم الوفاء بالحاجات الأساسية لحياة الطفل ومنها التغذية الصحية والمسكن الصحي.

ويتضح من العرض السابق لأسباب التخلف العقلي أنه يمكننا تجنب نسبة كبيره من حالات التخلف العقلي إذا ما توفرت برامج توعية مناسبة للآباء تنفذ من خلال وسائل الإعلام المسموعة والمرئية، وتذاع في أوقات مناسبة وتتضمن هذه البرامج مناقشات جادة حول أسباب التخلف العقلي وكيفية الوقاية منه ومناقشة بعض القضايا الاجتماعية ذات العلاقة بالظاهرة مثل زواج الأقارب، وتصدع بعض الأسر، فحص راغبى الزواج، وقاية الأم أثناء الحمل، الإجراءات السليمة لعملية الولادة، رعاية الجنين بعد الولادة، إدمان الوالدين للكحوليات والمواد المخدرة والتدخين، وتعاطي الأم للأدوية بدون إرشاد الطبيب، الوصفات البلدية، علاج الطفل بأدوية مقننة لطفل آخر، المشكلات والأزمات النفسية التي يتعرض لها الوالدان.

خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم :

يختلف الأطفال المتخلفون عقلياً عن الأطفال العاديين في العديد من الخصائص، وبالرغم من وجود الخصائص العامة التي يختص بها الأطفال المتخلفون عقلياً عموماً إلا أنه توجد خصائص خاصة تميز كل فئة من فئات التخلف العقلي، وتتنوع هذه الخصائص ما بين الخصائص الجسمية والسلوكية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والتعليمية، ونظراً لأن الدراسة الحالية تعتمد على فئة الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم لذلك يعرض الباحث بعض خصائص تلك الفئة لأهميتها في إعداد البرنامج العلاجي الحالي وتشمل هذه الخصائص ما يلي :

١- الخصائص الجسمية .. تشير الدراسات إلى أن حالات التخلف العقلي الخفيفة تنمو جسمياً مثل العاديين تقريباً في الطفولة، وتنمو عندها علامات البلوغ الجسمي والجنسي في مرحلة البلوغ والمراهقة، ويكتمل عندها نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس في حوالي سن الثامنة عشرة مثل أقرانهم العاديين، ويعنى هذا أن معظم المتخلفين عقلياً يصلون إلى الرشد الجسمي ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي وبصفة عامة هم أقل وزناً وطولاً ومتأخرون عن العاديين في نموهم الحركي وتنمية القدرات الحركية وتنمية القدرات الحركية بصفة عامة

٢- الخصائص النفسية والسلوكية .. يعانى الأطفال المتخلفون عقلياً القابلون للتعلم من ارتفاع حدة الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب وترتفع هذه الحدة لدى الأطفال المقيمين فى مدارس خاصة عن الأطفال المقيمين فى مدارس مشتركة، كما أن الإناث أكثر شعوراً بالوحدة النفسية عن الذكور) ويتصفون بارتفاع مستوى الاندفاعية والنشاط الزائد والعدوان

ويعانى الطفل المتخلف عقلياً من بعض المشاكل النفسية والانفعالية مثل التبلد الانفعالي، والميل إلى العزلة والانسحاب في المواقف الاجتماعية والرتابة وسلوك المداومة والتردد وبطء الاستجابة والقلق والوجوم والسرحان .كما يتصفون بتدني مستوى الدافعية الداخلية وتوقع الفشل وضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات والمفهوم السلبى عن النفس.

وتتزايد بوجه عام مشكلات الصحة النفسية لديهم قياساً بأقرانهم العاديين، وذلك بنسبة تصل إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف العاديين، وتتزايد مثل هذه المشكلات مع زيادة تخلفهم العقلي حيث يقلل انخفاض الأداء الوظيفي العقلي من قدرة الطفل على مواجهة الضغوط ويزيد في الوقت ذاته من تلك الضغوط والمحن التي يتعرض لها الطفل المتخلف عقلياً عند مواجهة الحياة

٣- الخصائص المعرفية .. تعتبر الخصائص العقلية من أهم الخصائص التي تميز بين الأطفال العاديين وذوى التخلف العقلي، ويتميز الأطفال ذوو التخلف العقلي البسيط بخصائص عقلية ومعرفية تميزهم عن فئات التخلف العقلي الأخرى، فهم يتمتعون بالقدرة على التعلم، ويطلق عليهم القابلون للتعلم، وتتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة من ٥٠-٧٠، والعمر العقلي يتراوح بين ٦-٩ سنوات حيث ينمو العقل لدى هؤلاء الأفراد بمعدل ١/٢ إلى ٣/٤ سنة خلال السنة الزمنية، ولأسباب ترجع إلى الفرو قات بين المستوى الاساسى للذكاء والمستوى الوظيفى له لا يستطيع أفراد هذه الفئة المواصلة في التعليم العادي لأكثر من الصف الثالث أو الرابع وينمو تفكير الطفل المتخلف عقلياً سنة بعد أخرى لكن بمعدلات قليلة بسبب قصور ذاكرته، وضعف قدراته على اكتسبا المفاهيم، وضحالة حصيلته اللغوية، ويظل تفكيرهم عند مستوى المحسوسات ولا يرتقى إلى مستوى المجردات، فيكون تفكيرهم في المراهقة والرشد مثل تفكير الأطفال عينياً بسيطاً، ويظل طوال الحياة تفكيراً سطحياً ساذجاً . ويعانون من مشكلات في الانتباه تشمل مدى الانتباه وحدة الانتباه، ولديهم ضعف في الانتباه للصفات والخصائص الفيزيائية التي تميز أحد المثيرات البصرية عن غيرها

ويتميز الأطفال المتخلفون عقلياً بضعف الذاكرة وقصور في القدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات، وقصور في الفهم والاستيعاب وتدنى المقدرة على التحصيل الدراسي وبطء التعلم والجمود والتصلب العقل، وتأخر النمو اللغوي، وقصور اللغة اللفظية، والقصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع ويواجهون صعوبات جمة في سبيل القيام بالتعميم، أو نقل أثر ما تعلموه في موقف ما، أو تدربوا عليه في ذلك الموقف إلى مواقف أخرى مشابهة أو القيام بتعميم ما ساد في موقف معين على غيره من المواقف المشابهة

٤- الخصائص الاجتماعية.. يعد السلوك الاجتماعي من العلامات المميزة للأطفال المتخلفين عقلياً، فهو لا يقل أهمية عن الخصائص الأخرى التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً، ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المتخلفين عقلياً ما يلي :

- قصور في الكفاءة الاجتماعية.
- عجز عن التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها.
- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.
- قصور في القدرة على التواصل.
- تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي.
- عدم القدرة على المبادة بالحديث مع الآخرين.
- قصور في المهارات الاجتماعية.
- صعوبة تكوين علاقات أو صدقات مع الآخرين.
- صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم.
- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع أقرانهم.
- الميل إلى مشاركة من يصغرهم سناً في أية ممارسات اجتماعية.
- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكونت لأي سبب.
- عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعاير الاجتماعية.
- قصور في مهارات العناية بالذات.
- قصور في المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية

وتوصل (فاروق الروسان وجلال جرار ، ٢٠٠٠) إلى أن هناك فرقاً فى الأداء على مقياس المهارات اللغوية بين المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ونظرائهم العاديين لصالح العاديين، كما توصل إلى وجود فروقات في الأداء على مقياس المهارات اللغوية بين الأطفال

المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم والأطفال المتخلفين عقلياً بدرجة شديدة لصالح القابلين للتعلم، وهذا يعنى أن العاديين أفضل في المهارات اللغوية، وأن المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم أفضل في المهارات اللغوية من فئات التخلف العقلي الأخرى.

ويتضح من العرض السابق لخصائص الأطفال المتخلفين عقلياً أنهم أقرب الفئات إلى الأطفال العاديين، فهم لا يختلفون كثيراً عن الأطفال العاديين في الخصائص الجسمية، وأما عن الخصائص الأخرى فللبيئة المحيطة دور كبير في تزايدها، فإذا ما أعددنا المنهج المناسب لرعاية هؤلاء الأطفال سواء داخل المترل أو خارجه فسوف نصل بهم إلى أقصى ما يمكن من التوافق، كما أن دراسة خصائص فئة معينة من فئات التخلف العقلي والتعرف عليها سوف سيساعد الباحثين والمعالجين في إعداد الأساليب العلاجية والتربوية المناسبة لهم.

٥- الخصائص التعليمية :

– تتمثل المشكلات والصعوبات اللغوية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً عموماً في البطء الملحوظ في النمو اللغوي والتأخر في النطق واكتساب قواعد اللغة، وغلبة الطابع الطفولى على لغتهم، وضحالة المفردات

دراسة الحالة لذوى الإعاقة العقلية :

تناول العرض السابق نبذة مبسطة للتخلف العقلي (التعريف، التصنيف، التشخيص، الخصائص) يفيد القائم بدراسة حالة ذوى التخلف العقلي في تحديد المعلومات والبيانات اللازمة عند دراسة حالة ذوى التخلف العقلي، والتي من المفترض واللازم أن يكون ملماً بها القائم بدراسة الحالة، وتتضمن دراسة الحالة البيانات العامة عن العميل وملخص لحالته، والظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية والثقافية للأسرة، ومراحل تطور العميل وخصائص كل مرحلة، وأسباب الإعاقة، مستوى الذكاء، والفئة التي يندرج تحتها العميل، ونتائج الاختبارات والفحوص الطبية والنفسية، المشكلات والاضطرابات التي يعانى منها العميل' التطور التعليمي والتربوي.

المحاضرة الثالثة عشر

الإعاقة السمعية

يعتبر السمع والبصر نافذة الإنسان على العالم الخارجي ولولاهما لعاش الإنسان في ظلام دامس ،ومعزولا عن الحياة ونظرا لمكانة هاتين الحاستين ودوريهما في الإدراك فقد كثر ذكرهما في القران الكريم مفردتين أو مقترنتين كما وصف الله بهما نفسه. ويعرف المعوق سمعيا بأنه من حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام الي الدرجة التي تجعله –حتى مع استعمال المعينات السمعية غير قادر على سماع الكلام المنطوق ومضطرا لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل مع الآخرين – وتعرف الإعاقة السمعية بأنها انحراف في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي – اللفظي ،كما أن شدة الإعاقة السمعية أنما هي نتائج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع ونوع الاضطراب الذي أدى الي فقدان السمع وفاعلية الخدمات التأهيلية المقدمة ،والعوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التكيفية .

تصنيفات الإعاقة السمعية :

توجد عدة تصنيفات للإعاقة السمعية والتي تختلف باختلاف نظر الباحثين واختلاف تخصصاتهم حيث أن الإعاقة السمعية من الإعاقات التي شغلت الباحثين في القانون والطب وعلم النفس والتربية ونتناول بعض هذه التصنيفات على النحو التالي:

١- التصنيف الطبي : يمكن تصنيف الإعاقة السمعية طبيا وذلك تبعا لموضوع الإصابة في الأذن على النحو التالي:

أ- فقدان السمع التوصيلي .. ويحدث هذا النوع عندما تعوق اضطرابات قناة أو طبلة الأذن الخارجية أو إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى أو حدوث ثقب في طبلة الأذن أو وجود مادة شمعية في قناة الأذن الخارجية هذا ويمكن علاج مثل هذه الحالات طبيا إذا ما اكتشفت مبكرا ،كما تفيد المعينات السمعية كالسماعات في علاج هذا النوع من الإعاقة السمعية.

ب- فقدان السمع الحسي – العصبي .. ويحدث فيه تلف في العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها أو توصيلها محرفة، وبالتالي عدم إمكانية قيام مراكز الترجمة في المخ بتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية، وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبي السمعي

ج- فقدان السمع المركزي .. تكمن المشكلة في هذه الحالة من حالات الفقدان السمعي في التفسير الخاطئ لما يسمعه الإنسان بالرغم من أن حاسة سمعه قد تكون طبيعية، والمشكلة تكون في توصيل السيالات العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ، وذلك نتيجة أورام أو تلف دماغي، والمعينات السمعية في هذا النوع تكون ذات فائدة محدودة.

د- فقدان السمع المختلط أو المركب .. وتحدث فيه فجوة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمى للموجات الصوتية بجهاز السمع، نتيجة تداخل أسباب وأعراض فقدان السمع التوصيلي وفقدان السمع الحسي –العصبي

هـ- فقدان السمع الهستيري .. ويحدث هذا النوع عندما يتعرض الفرد لخبرات وضغوط انفعالية شديدة غير طبيعية

٢- التنصيف التربوي : يصنف المعاقون سمعياً تربوياً تبعاً للأساس الوظيفي والذي ينظر إلى الفقدان السمعي من حيث القدرة على فهم الكلام واستعداد الطفل لتعلم اللغة والكلام إلى ما يلي :

- **ضعاف السمع** : وهم أولئك الذين لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع لك فإن حاسة السمع لديهم تؤدى وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام أو اللغة سواءً باستخدام المعينات السمعية أو بدونها

- **الصم** : وتعتبر فئة الأطفال الصم إحدى فئات ذوى الاحتياجات الخاصة التي فقدت حاسة السمع سواءً من ولدوا منهم فاقدي حاسة السمع، أو من أصيبوا بالصمم أثناء عملية الولادة أو بعد الولادة بفترة قصيرة بطريقة أعجزتهم عن الكلام تماماً لأنهم لم يأخذوا القدر الكافي لاكتساب اللغة اللفظية عن طريق الأذن الأمر الذى ترتب عليه عدم القدرة على إنتاج الكلام عن طريق جهاز النطق.

٣- التصنيف الفسيولوجي : يعتمد التصنيف الفسيولوجي على أساس كمي تتحدد فيه درجة فقدان السمع بوحدات صوتية تسمى الديسبل وينقسم هذا التصنيف إلى ما يلي :

- الفقدان السمعي الخفيف mild : وتتراوح درجته بين ٢٠-٣٠ ديسبل.
- الفقدان الهامشي marginal : وتتراوح درجته بين ٣٠-٤٠ ديسبل.
- الفقدان السمعي المتوسط moderate : وتتراوح درجته بين ٤٠-٦٠ ديسبل.
- الفقدان الشديد : وتتراوح درجته بين ٦٠- ٧٥ديسبل
- الفقدان العميق Profound : وتبلغ درجته ٧٥ ديسبل فأكثر.

وتصنيف القرار الوزاري الوارد في (القرار الوزاري رقم (٣٧) لسنة ١٩٩٠)، في شأن، تنظيم فصول ومدارس التربية الخاصة في الإعاقة السمعية ما يلي:

- ضعف سمع : من (٢٥-٤٥) ديسيبل في أقوى الأذنين بعد العلاج.
- ضعف سمع شديد : من (٤٥-٧٠) ديسيبل في أقوى الأذنين بعد العلاج.
- صمم : من (٧٠-٩٠) ديسيبل في أقوى الأذنين بعد العلاج.
- صمم شديد : من (٩٠-١٢٠) ديسيبل في أقوى الأذنين بعد العلاج

ويصنف فقدان السمع على النحو التالي :

- فقدان السمع الكلى (الصمم الكلى).
- الضعف السمعي الحاد، وهو ما يزيد من (٩٠) إلى (٧١%).
- الضعف السمعي المتوسط، وهو من (٧٠%) إلى (٥٦%).
- الضعف السمعي المعتدل، وهو من (٥٠%) إلى (٤١%).
- الضعف السمعي الخفيف، وهو من (٤٠%) إلى (٢٦%) .

أسباب الإعاقة السمعية :

تختلف أسباب تصنيفات الإعاقة السمعية تبعاً لاختلاف وجهات نظر الباحثين واختلاف تخصصاتهم، فيقسم (Kirk, 1982) أسباب الإعاقة السمعية إلى ما يلي :

- **أسباب ما قبل الولادة** : وتشم الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل، وتسمم الحمل، والتريف الذي يحدث قبل الولادة، وتناول الأم لبعض العقاقير والأدوية بدون استشارة الطبيب، والتدخين والمواد المخدرة.
- **أسباب أثناء الولادة** : وتشمل الولادة المتعثرة، ونقص الأكسجين، والأمراض التي تصيب الجنين.
- **أسباب ما بعد الولادة** : وتشمل الأمراض التي تصيب الطفل مثل الحصبة والحمى بأنواعها المختلفة والالتهاب التى تصيب الغدد، والحوادث التي تصيب الطفل **ويمكن توضيح أسباب الإعاقة السمعية بشئ من التفصيل على النحو التالي** :

١- أسباب ما قبل الولادة : وتشمل ما يلي ..

- تعارض عامل الريزيس (R.H) في دم الأم والطفل يمكن أن يسبب الصمم عندما يكون (R.H) للجنين إيجابياً ويكون (R.H) للأم سلبياً.

- زواج الأقارب : فلقد أثبتت التجارب العلمية أن نسبة احتمال تعرض الجنين للإعاقة ترتفع بسبب تشابه مجموعة الموروثات أو الجينات عند الأم والأب وذلك نتيجة لعملية توارث الصفات.

- الأمراض التي تصيب الأم أثناء فترة الحمل : وتشمل مرض الزهري الذي يصيب الأم بسبب استخدام الأم لإبرة ملوثة ويترتب على إصابة الأم بمرض الزهري ولادة الجنين ميتاً أو ولادة طفل معوق سمعياً ومرض الحصبة الألمانية أن إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية قد يزيد من احتمال إصابة الجنين بالإعاقة السمعية وخصوصاً في الشهور الأولى، وتصاب الأم بتسمم الحمل نتيجة لمخالطتها القطط وينتقل هذا المرض من القطط إلى الأبقار، ولذلك ينصح الأطباء الحامل بالابتعاد عن القطط وطهي اللحوم جيداً ويترتب على إصابة الحامل بتسمم الحمل العديد من الاضطرابات والمشكلات وقد تكون من بينها الإعاقة السمعية

- سوء التغذية : حيث يترتب على سوء تغذية الأم نقص العناصر الأساسية والمواد الهامة اللازمة للجسم وللنمو السليم للجنين مثل : نقص البروتين، الكربوهيدرات، الفيتامينات،.

- الأشعة السينية X-ray حيث يترتب على تعرض الحامل لأشعة X أو لمصادر الإشعاع Radiation Sources إصابة خلايا الدماغ بتلف والذي يترتب عليه إصابة أو تدمير مركز السمع في مخ الجنين والذي يؤدى إلى إصابة الجنين بالإعاقة السمعية.

- العقاقير والأدوية : يؤدى تناول الحامل للعقاقير والأدوية بدون إشراف طبي إلى إصابة أو تلف الخلايا الدماغية لمخ الجنين والذي يؤدى بدوره إلى إصابته بالاعاقة السمعية.

- عوامل أخرى : تشمل العوامل الأخرى تلك العوامل التي تؤثر على الجهاز العصبي بصفة عامة مثل : التدخين والمخدرات والكحول وتسمم الهواء والماء وعادم السيارات والمصانع.

٢- عوامل أثناء الولادة : وتشمل ..

- الولادة المتعسرة أو الطويلة : وهى التي تطول مدة الولادة فيها أكثر من الوقت المعروف، وفى هذه الحالة فإن الطفل يتأثر من طول المدة ويتعرض لنقص الأكسجين ما يترتب عليه موت خلايا السمعية وإصابة الطفل بالصمم

- الالتهاب السحائي : وهو من أهم أسباب الصمم العارض، وهو عبارة عن بكتريا أو عدوى فيروسية يأخذها الطفل أثناء الولادة تتلف الجهاز السمعي في الأذن الداخلية.

- نقص في الأكسجين بسبب تعسر الولادة أو مشاكل الحبل السري، أو إصابة المخ بتزيف، ما يؤدى إلى تلف بعض خلايا المخ، أو التهاب أغشية المخ

- الولادة المبتسرة : وهى التي يشار إليها بأنها الولادة قبل الميعاد، حيث يترتب عليها العديد من المشكلات والاضطرابات والتشوهات ومنها الإعاقة السمعية، وذلك لولادة الطفل مصاباً بالصفراء المرضية.

- الولادة المتعسرة : حيث يترتب عليها مضاعفات قد تؤدى إلى العديد من الاضطرابات والمشكلات.

٣- أسباب ما بعد الولادة :

إصابة الجنين ببعض الأمراض الناتجة عن اختلاف بيئة الرحم في بطن الأم والبيئة الخارجية .

الأمراض والاضطرابات التي تصيب الطفل بعد الخمس سنوات الأولى وتشمل ضمور أنسجة السمع، وهو ما يعرف بصمم الشيخوخة، ومرض تصلب عضلة الركاب ويصيب الإناث أكثر من الذكور من (١٥-٣٥) سنة، ومرض ضمور العصب السمعي ويظهر في مرحلة الطفولة إلى سن ٥٠ سنة وبعد ذلك

الأمراض التي يتعرض لها الطفل بعد الولادة وخصوصاً الأمراض التي تصيب الطفل في الخمس سنوات الأولى مثل : إصابة الطفل بالالتهاب السحائي Meningitis ،، الأنفلونزا – الدفتريا، والسعال الديك.

– الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الطفل بعد الولادة مثل حوادث السيارات وسقوطه من أماكن عالية.

– سوء تغذية الطفل في المرحلة النمائية والتي يترتب عليها نقص العناصر الغذائية الهامة والتي تؤدى إلى عدم اكتمال نمو مخ الطفل، أو توقف نموه في مرحلة معينة.

أسباب خاصة بموضع الإصابة :

تختلف أسباب ضعف السمع باختلاف مدى إصابة جزء السمع أو موضع السمع ويمكن توضيحها على النحو التالي :

أسباب خاصة بالأذن الخارجية –أسباب خاصة بالأذن الوسطى – أسباب خاصة بالأذن الداخلية :

خصائص المعاقين سمعيا ً ..

يترتب على الإعاقة السمعية العديد من المشكلات والاضطرابات ويمكن توضيحها فيما يلي :

يترتب على الإعاقة السمعية أن نسبة كبيرة من الصم يعانون من تدنى الذات وعدم الاتزان العاطفي، والاكتئاب والقلق والعدوانية وعدم الثقة بالآخرين ويعانون من الإحباط والانطواء، ولديهم رغبة في الإشباع المباشر لحاجاتهم، ويعانون من مشكلات تتمثل في الانسحاب من المجتمع وعدم تحمل المسؤولية والخوف من المستقبل .

وتترك الإعاقة السمعية على شخصية الطفل الأصم العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية، حيث توصل إلى أن الأطفال الصم يعانون من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل : الاندفاعية وعدم التروي، سلوك عدم الثقة في الآخرين، الاضطرابات الانفعالية، سلوك التمرد والعصيان، السلوك المضاد للمجتمع، السلوك المدمر والعنيف،

ويربط بعض الباحثين بين القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي الناتج عن العزلة التي تفرضها ظروف الإعاقة السمعية وبين تأخر نضج الفرد النفسي والاجتماعي فالقصور في المهارات الاجتماعية يؤدى إلى مشكلات لا تقتصر على فترة الطفولة فحسب، بل تتعداها إلى المراحل العمرية التالية، وكشف بعض الباحثين أن القصور في المهارات الاجتماعية يرتبط بالعديد من الاضطرابات السلوكية والوجدانية والقصور في المهارات الاجتماعية يمثل إشكالية عند الأطفال الصم ويمثل القصور في المهارات الاجتماعية عائقاً كبيراً أمام تحرك الفرد نحو الآخرين، بل إنه قد يجعله إما أن يتحرك بعيداً عنهم، أو يتحرك ضدهم فينعزل عنهم، أو يتعدى عليهم، وهو الأمر الذي قد يحول دون توافقه معهم، أو تكيفه مع البيئة.

دراسة الحالة لذوى الإعاقة السمعية :

تستخدم دراسة الحالة بشكل كبير وأساسي مع المعاقين سمعياً حيث يعتمد عليها في عمليات التشخيص والعلاج والمتابعة، ولمعرفة التطور الذي مر به الفرد المعوق، وتشمل دراسة الحالة لدى المعوقين سمعياً معلومات عامة وشخصية عن حالة العميل، ومعلومات عن أسرة العميل، نمو وتطور الطفل، الحالة الصحية العامة للجنين، نمو وتطور الطفل، درجة الإعاقة السمعية، الحالة الصحية العامة للوليد، معلومات عن السمع والكلام، النمو الحركي للطفل، التاريخ الصحي للطفل، النمو الاجتماعي للطفل، أساليب التنشئة والاضطرابات والأمراض التي يعانى منها الطفل.

المحاضرة الرابعة عشر

الإعاقة البصرية

ترجع أهمية البصر إلى كونه النافذة التي يطل بها الإنسان على العالم الخارجي فيتعرف على البيئة المحيطة ويعرف ما بها من نظم وقواعد وعادات وتقاليد ويكتسب عن طريقها المعارف والثقافات والمهارات التي تمكنه من السيطرة والتعامل والتفاعل بكفاءة لذا فإن الإعاقة البصرية من أكثر الإعاقات إيلاماً للنفس البشرية، ففقدان حاسة البصر والتعرض للإعاقة البصرية يؤدى إلى إعاقة الفرد عن التوافق والتكيف مع الذات والآخرين ممن يحيطون به، لأنها تؤثر على التنظيم السيكولوجي الكلى للفرد.

تؤدى الإعاقة البصرية إلى شعور الفرد بعدم التوافق مع بيئته، وشعوره بأنه أقل شأناً وقيمة من غيره، وتقديره لذاته يصبح منخفضاً، ومفهومه عن ذاته يصبح سلبياً، ويعانى من الاكتئاب والشعور بعدم السعادة ويميل إلى العزلة والانسحاب من الأنشطة الاجتماعية حيث لا يمتلك مهارات اجتماعية مناسبة، ويشعر دائماً بالوحدة النفسية، ولا تكون لديه الرغبة في الاشتراك في الأعمال التعاونية أو إقامة علاقات حميمة مع الأقران

تصنيف الإعاقة البصرية :

تختلف الإعاقة البصرية من حيث شدتها ومدى تأثيرها على فاعلية الإبصار باختلاف الجزء المصاب من العين، وبدرجة الإصابة وبزمن الإصابة، وكذلك تختلف باختلاف مدى قابلية الإصابة للتحسن عن طريق استخدام المعينات البصرية أو العمليات الجراحية ....إلخ.

– ويصنف الأفراد المعوقون بصرياً طبقاً للمفهوم العام للإعاقة البصرية على متصل يبدأ من كف البصر (العمى) إلى الإعاقة الجزئية ويتم توزيع وتقسيم الأفراد المعوقين بصرياً إلى فئات متعددة بناءً على مفهومين أساسيين هما حدة الإبصار Visual Acuity ومجال الرؤية Field of Vision.

– وتعنى حدة الإبصار قدرة العين على تمييز تفاصيل الأشياء، وتقدر حدة الإبصار العادية بـــ ٢٠/٢٠، وعندما تكون حدة الإبصار لدى أحد الأفراد هي ٢٠٠/٢٠ فإنه يستطيع أن يرى من مسافة ٢٠ قدماً ما تستطيع العين العادية أن تراه من مسافة ٢٠٠ قدم

– ويعرف مجال الرؤية بأنه المنطقة البصرية الكلية التي يستطيع الفرد أن يراها في لحظة معينة دون تحريك المقلتين، فالعين العادية تستطيع أن ترى بزاوية ما بين ٦٠–٧٠ درجة، أما عندما يضيق المجال البصري فإن المنطقة البصرية تكون محدودة بحث يصعب تمييز معالم الأشياء، ويكون مجال الرؤية بالنسبة للمعوق بصرياً أقل من ٢٠ درجة.

ويوجد إلى جانب حدة الإبصار ومجاله عوامل أخرى ومشكلات طبية تؤثر على مدى ووضح الإبصار وفاعليته، ويدخل الأفراد الذين يعانون منها ضمن فئات الإعاقة البصرية، فتصنف منظمة الصحة العالمية الإعاقة البصرية طبقاً لشدة الإعاقة إلى :

- **الإعاقة البصرية الشديدة** : حالة يؤدى فيها الشخص الوظائف البصرية على مستوى محدود.
- **الإعاقة البصرية الشديدة** : حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.
- **شبه العمى** : حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.
- **العمى** : فقدان القدرات البصرية

ويصنف آخرون الإعاقة البصرية إلى ثلاث فئات هي :

أ- فئة المكفوفين Blindness : عرف المكفوف من الناحية الطبية بأنه الشخص الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه على ٢٠/٢٠٠ في العين الأفضل بعد التصحيح، أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن ٢٠ درجة، والفرد الكفيف قد يكون فاقداً لقدرته البصرية بالكامل أو قد يستطيع أن يفرق بين الضوء والظلام.

ويعد الفرد كفيفاً من الناحية القانونية إذا أصبح مجال الرؤية عنده أقل من ٢٠ درجة، ويكون حقل الإبصار لهؤلاء الأفراد ضيقاً جداً بحيث يسمى بالبصر النفقي Tunnel Vision ويكون من الصعب على هؤلاء الانتقال من مكان إلى آخر، أما من الناحية التربوية فيعد الفرد كفيفاً إذا كان عليه الاعتماد كلياً على الحواس الأخرى (اللمسية والسمعية) للتعلم ويتعلم عادة القراءة والكتابة عن طريق برايل.

ب- ضعاف البصر Low Vision : ويعرف ضعاف البصر من الناحية الطبية والقانونية بأنهم الأشخاص الذين تتراوح حدة الرؤية لديهم من ٧٠/٢٠ إلى ٢٠٠/٢٠، أما من الناحية التربوية فضعيف البصر هو الشخص الذي لا يستطيع تأدية الوظائف المختلفة دون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة التعليمية

جـ - محدود البصر : ويعرف هؤلاء الأفراد بأنهم الأفراد الذين يواجهون صعوبة في الرؤية في الظروف الاعتيادية، فهم يواجهون صعوبات في رؤية المواد التعليمية دون إضاءة خاصة، وقد يحتاجون إلى استخدام عدسات خاصة أو وسائل بصرية خاصة، وقد يحتاجون إلى استخدام عدسات خاصة أو وسائل بصرية خاصة

د- المشكلات البصرية الأخرى Other Visual Problem : توجد العديد من المشكلات البصرية التي تؤثر على مدى وضوح الإبصار وفاعليته، لذلك فهي تدخل ضمن نطاق الإعاقات البصرية، ومن هذه المشكلات.

١- عمى الألوان Color Blindness : وهو عدم قدرة الفرد على تمييز الألوان، فيراها وكأنها اللون الرمادي أو الأسود أو الأبيض.

٢- تذبذب حركة العين Ocular Motility : وهو عدم قدرة العين على التركيز على موضع معين نتيجة لحركة العين السريعة.

٣- قصر النظر Myopia : وينتج عن خطأ انكساري يؤدى إلى تقوس الشعاع الضوئي بشكل كبير، فيرى الفرد الأشياء القريبة منه بوضوح في الوقت الذي يصعب عليه رؤية الأشياء البعيدة بوضوح

٤- طول النظر Hyperopia : وينتج عن خطأ انكساري يؤدى إلى سقوط الأشعة الضوئية بعيداً خلف شبكية العين مكونة صورة ضبابية غير واضحة، ويرى الفرد الذي يعانى من طول النظر الأشياء البعيدة بوضوح فى الوقت الذي يصعب عليه رؤية الأشياء القريبة بوضوح.

٥- الاستجماتزم (اللابؤرية) Asigmatism : وينتج عن خطأ انكساري ناشئ عن شذوذ في درجة تقوس القرنية أو عدسات العين يؤدى إلى تشتت الأشعة الضوئية فيسقط بعضها خلف الشبكية والبعض الآخر أمامها، مما يؤدى إلى عدم وضوح رؤية الأشياء سواء البعيدة أو القريبة وخاصة الأشياء الدقيقة.

٦- الحول Strabismus : وينتج عن تلف أو قصور في عمل عضلات العين التي تتحكم في حركات مقلة العين، مما يؤدى إلى القصور في تركيز العينين في وقت واحد على شئ محدد، يؤدى الحول إلى عدم التقاء محوري إبصار العينين عند نقطة واحدة في الجسم المراد رؤيته، مما ينتج عنه ازدواجية في رؤية الأشياء.

٧- الهيتيروفوريا Heterophoria : وينتج عن قصور في توازن عضلات العينين يؤدى إلى انحراف في محور إبصار العينين ولكنه كامن وغير ظاهر كما في الحول.

أسباب الإعاقة البصرية :

توجد مجموعة من العوامل المتشابكة التي تؤدى في النهاية إلى حدوث الإعاقة البصرية، فيمكن تصنيف الأسباب التي تؤدى إلى الإعاقة البصرية إلى أسباب داخلية تتعلق بإصابة العصب البصري والمراكز العصبية بالدماغ، وأسباب خارجية وتشمل الأمراض التي تصيب القرنية والشبكية والعدسة، أو قد تكون العوامل الوراثية والجينية من أهم الأسباب التي تؤدى إلى الإعاقة البصرية وكذلك التعرض لأمراض المعدية أو غير المعدية الي قد تصيب أجزاء الجهاز البصري نتيجة الحوادث والإصابات التي تؤدى إلى اختلال وظائفه، وبالتالي إلى حدوث درجات متفاوتة وأنواع متعددة من الإعاقة البصرية ومن أسباب الإعاقة البصرية :

أ- أسباب ما قبل الولادة : تشمل العوامل الوراثية والبيئية، والتي تتمثل في إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية وتناولها للعقاقير والأدوية، وسوء التغذية.

ب- أسباب أثناء الولادة : وتشمل نقص الأكسجين فى حضانات الأطفال، والإصابة بالأمراض المعدية أو غير المعدية، والإصابات الناجمة عن الحوادث.

ويذكر أن هناك أسباباً عديدة للإعاقة البصرية كنتيجة لإصابة الجهاز البصري بمجموعة متنوعة من الأمراض

العوامل المؤثرة على شخصية ذوى الإعاقة البصرية :

يتوقف النمو النفسي والاجتماعي وخصائص الشخصية بمختلف مجالاتها للفرد المعوق بصرياً على مجموعة من العوامل منها السن التي تحدث فيه الإعاقة البصرية ودرجة الإعاقة وكيفية حدوثها، وتتأثر كلك شخصية المعوق بصرياً ونموه باتجاهات الآخرين نحوه ونحو إعاقته، ويمكن تناول هذه العوامل بشئ من التفصيل على النحو التالي :

١- توقيت حدوث الإعاقة :

يعد السن الذي تحدث فيه الإعاقة البصرية من أهم العوامل التي قد تؤثر كثيراً على نمو الطفل المعوق بصرياً من الناحية المعرفية، ومن ناحية قدرته على التفاعل مع البيئة من حوله، ومدى امتلاكه لأي قدر من الصور والمدركات البصرية عن عالمه.

وقد يولد الطفل مصابا بالإعاقة البصرية أو أنها تحدث بعد الميلاد بفترة قصيرة ويسمى ذلك بالإعاقة البصرية الولاد ية أو الخلقية أو أن تحدث الإعاقة البصرية بعد فترة من ميلاد الطفل وفى اى مرحلة من حياة الفرد تسمى بالإعاقة البصرية الطارئة

٢- درجة الإعاقة البصرية :

تشمل الإعاقة البصرية مدى واسعاً من الفرو قات الفردية بين الأفراد في درجة ما يعانونه من إعاقة، فتمتد درجات الإعاقة البصرية من كف البصر الكلى إلى ضعف البصر أو مشكلات البصر البسيطة والتي يمكن التغلب عليها باستخدام وسائل متنوعة.

وتؤثر درجة الإعاقة البصرية في كثير من نشاطات الفرد، كمقدرته على التوجه والحركة والتنقل، ومدى قيامه بواجبات الحياة اليومية داخل المترل وخارجه، وفى مدى استفادته من البرامج التعليمية...الخ

ويرى (Roy & Mackay, 2000) أن درجة الإعاقة البصرية هي أحد العوامل الهامة التي تؤثر على إدراك الذات لدى الأفراد المعوقين بصرياً.

ويشير إلى أن الأفراد ذوى الإبصار الجزئي ربما يكونون أقل إحساساً بالعجز من الأفراد المكفوفين كلياً، ولكن توافقهم النفسي ومشكلاتهم الاجتماعية ربما تكون أعظم نظراً لما يعانونه من قلق وخوف شديدين من أن يفقدوا ما فقدوا بصرهم بدرجة كبيرة يميلون إلى التصرف بسلبية فى المواقف الاجتماعية المختلفة، وينسحبون من المجتمع بشكل ملحوظ.

وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن هناك علاقة بين درجة فقدان البصر وأعراض الاكتئاب، فكلما زادت حدة الإعاقة البصرية زاد خطر المعاناة من الاكتئاب، كما توصلت نتائج هذه الدراسات أيضاً إلى أن الأفراد الذين يعانون الفقدان التدريجي لحدة الإبصار يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأعراض الاكتئابية من أولئك الذين لديهم استقرار في درجة الإعاقة البصرية

٣ - الاتجاهات الاجتماعية نحو الإعاقة البصرية :

تتأثر شخصية الفرد المعوق بصرياً تأثراً كبيراً بالظروف البيئية والاتجاهات الاجتماعية التي يتبناها المحيطون به نحو إعاقته.

أن الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق النفسي يحدث في الغالب نتيجة للظروف والاتجاهات الاجتماعية للبيئة التي يعيش فيها المعوق بصرياً أكثر مما تحدث نتيجة للعجز البصري نفسه.

وتشير العديد من الدراسات إلى أن مفهوم الذات وإدراك المعوق بصرياً لذاته يكتسب بصورة تدريجية بفعل عوامل التنشئة والاتجاهات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي والاتجاهات الو الدية نحو الأطفال المعوقين بصرياً واتجاه الآخرين نحوه، والذي يقرر مفهومه عن ذاته ويتحكم في خصائصه ونموه النفسي والاجتماعي.

أن أهم الاتجاهات التي يتأثر بها الطفل هي الاتجاهات الو الدية، لأن نبذة وإهماله وعدم تقبله أو حمايته على نحو مبالغ فيه، أو تقديم المساعدة بأكثر مما ينبغي من قبل والديه أو أفراد أسرته، يجعله أكثر شعوراً بالعجز عند مواجهة كثير منا لمواقف ويضعف من ثقته بنفسه، ويؤدى إلى إحباطه، كما يؤثر سلبياً على علاقاته الاجتماعية، ويصبح أكثر ميلاً إلى الانطواء والانسحاب والعدوانية، فتنمو في شخصيته بذور الاضطراب وسوء التوافق.

تمت بحمد الله ..

دعوآتكم آخوكم هتـــآن .. 🙂