

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم التربية الخاصة

فصول مختارة لمقرر

العلاج الوظيفي

إعداد

د. أسعد السعد

اختصاصي الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل

سنة رابعة

تخصص تربية خاصة



## **مفهوم الصحة والعجز وإعادة التأهيل**

### **Concept of Health, Disability, and Rehabilitation**

#### **الأهداف**

- 1) التعرف على مفهوم الصحة وتطوره.
- 2) التعرف على مفهوم العجز والإعاقة وتطوره.
- 3) التعرف على التصنيف الدولي للإعاقة وتطوره.
- 4) التعرف على مفهوم إعادة التأهيل وفريق التأهيل.
- 5) التعرف على مصقرفة التأهيل المبني على المجتمع.
- 6) التعرف على العلاقة بين إعادة التأهيل والتربية الخاصة.

#### **الخلفية :Background**

إن المطلب عموماً لا يعتبر نفسه بأنه يمتلك كل خيارات الشفاء دواماً، حيث أنه سولوق ليس بعيد في السابق - كانت معالجة العديد من الحالات غير ممكنة لكنها أصبحت فيما بعد أمراً روتينياً، حينها ما كان على العناصر الطبية سوى أن يرافقوا المريض ويأملوا نجاته.

تطور الطلب سريعاً في بدايات القرن العشرين وتركز الاهتمام على تغيير الأمراض المزمنة والتدخلات الجراحية والسيطرة على وفيات الطفولة والأمومة، إلا أنه لم يتبلور في حينها النظرة لتدبير المرضى المصابين بالعجز. أزدادت الحوادث المترافقية بعجز نتيجة التقدم التكنولوجي، كما تقدمت الإمكانيات التقنية للعناية المديدة ما أدى إلى ازدياد عدد الباقين على قيد الحياة لكن مع نقص هام بمستوى وبنوعية الحياة مما احتاج خدمات رعاية متزايدة لهم، وعلى الرغم من ازدياد معدل الثقبية على قيد الحياة لهؤلاء الأشخاص إلا أن ذلك كان ينبع منهم ازدياداً بعمر العجز لديهم.

بدأ حدوث تغير هام في نظرة وتفكير مقدمي الرعاية الصحية بمتصف القرن العشرين، حيث بدأ تنظيم الرعاية الشاملة الموجهة بفريق للأشخاص المصابين بالعجز وذلك كواجب اجتماعي هام، وقد حثت هذه الفلسفه الجباره مقدمي الرعاية على ازدياد اهتمامهم بالأشخاص المصابين بالعجز.

كانت سنة 1936م مثيرة لتطور عملية إعادة التأهيل، وذلك عندما افتتح الطبيب Frank Krusen برنامج تدريب الإعاقة في Mayo Clinic وهو البرنامج الأول من نوعه، إضافة لفضله بتأليف الكتاب الأول الشامل بإعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة.

بعد الحرب العالمية الثانية، توسع حقل طب إعادة التأهيل بشكل كبير، والذي بدأ يتميز باهتمامه بالشخص بشكل كامل وليس فقط بالداء والمرضى، وتأسست الأكاديمية الأمريكية للطب الفيزيائي وإعادة التأهيل Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) بالعام 1938م، إلا أن الborod الأمريكي لها ABMP&R تأسس بالعام 1947م.

لقد وسم الـ PMR بأنه "الأشخاص الطبي الذي يهتم بنوعية الحياة" (QOL)، وذلك يعود لهدفه الأساسي باستعادة وظيفة الشخص الأساسية في كل مجالات الحياة، بما فيها المجالات الطبية والاجتماعية والعاطفية والمهنية.

بذلك يستطيع أن يتم رحالته النبيلة عن طريق مزج أفضل الطرق الطبية التقليدية "إضافة سنوات لحياة المريض مع الوظيفة النموذجية" إضافة حياة لسنين المريض".

#### الأهمية:

عموماً فزيادة معدلات انتشار الأشخاص الذين يعانون من العجز بالوقت الذي تتناقص فيه معدلات الوفيات، ويشكل هذا العدد المتزايد تحدياً صعباً بكافة الميادين لاسباباً الطبية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية. نتيجة لذلك تفتر مشكلة العجز لتكون من أضخم المشاكل التي تواجه الحكومات في كل أنحاء العالم، وتتمثل تناقض جهود العديد من التخصصات ومتعدد المجالات للوصول إلى الهدف المثالي لمواجهة العجز وهو دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم.

#### مفهوم الصحة:

قدِّيماً كان مفهوم الصحة يعني غياب المرض، إلى أن قامت منظمة الصحة العالمية بصياغة تعريف الصحة بالعام 1946 وتم اعتماده رسمياً في 7 نيسان 1948م ولم يتغير من حيثها، وفيه مفهوم الصحة يعني الرفاهية التامة بالجوانب الجسدية والنفسية والروحية والاجتماعية، وليس غياب المرض أو العجز فحسب.

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"

وفي عقد لوتوا لتعزيز الصحة بالعام 1986 قالت منظمة الصحة العالمية بأن الصحة هي "مصدر حياة كل إنسان، وليس نتيجة موضوعية للحياة. فالصحة مفهوم إيجابي يشدد على الموارد الاجتماعية والشخصية بالإضافة للقدرات الجسدية".

"a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities."

بالتدقيق بمفهوم منظمة الصحة العالمية للصحة وتبسيطه تجد أنه مفهوماً شاملأً يتناول الصحة من عدة زوايا هي:

1. ينفي الشخص بوصفه شخص كامل وليس أعضاء وأجهزة.
2. ضرورة خداب المرض أو الداء أو الآية...
3. تأثير الوكالات على الشخص بكل المجالات: الجسدية والنفسية والشخصية والعائلية والاجتماعية والمهنية...
4. كل ما سبق ضمن الزيارة المحيطة الطبيعية للشخص.

#### **مفهوم العجز:**

بني مفهوم العجز مبهمًا لعقود عديدة ماضية، مقتصرًا إطلاقه على وسم الأشخاص المعدين المصابين بالشلل أو البتر والأشخاص المكتوفين والصم والمكم. إلى أن قامت منظمة الصحة العالمية بوضع التصنيف الدولي للضعف والعجز والإعاقة International Classification of Impairment, Disability, Handicap (ICIDH) بالعام 1980 والذي تم تحويله بالعام 1997 من خلال التصنيف الدولي للضعف والعجز والإعاقة الثاني International Classification of Impairment, Disability, Handicap (ICIDH2) وفي كلا التصنيفين تم اعتماد الترمذج الطبي الحيوي biomedical model لمفهوم العجز الذي يركز على التشخيص والمعالجة الموجهة ضد العملية الإيمراضية وفق التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)

المصطلح Term	التعريف Definition	التصنيف أو الحال Classification
<b>ICIDH -1980</b>		
العجز <i>Disability</i>	هو أي تقييد أو نقص ناتج عن الضعف بإمكانية الشخص لإنجاز النشاط بالطريقة الطبيعية أو ضمن المجال المعتبر طبيعياً للإنسان.	أي فقد أو شذوذ بالبنية أو بالوظيفة سواء النفسية أم الفيزيولوجية أم التشريحية. Any loss or abnormality of psychologic, physiologic, or anatomic structure or function
التعرق <i>Handicap</i>	هي تأثير وشروع الشخص الناتج عن الضعف أو العجز، والذي يقيد أو يمنع دور الطبيعى لذلك الشخص.	A disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal for that individual

التعريف Definition	المصطلح Term
ICIDH2- 1997	الضعف أو الخلل أي فقد أو شذوذ بالبيئة الجسدية أو الفيزيولوجية أو الوظيفة النفسية ( لم يتغير بشكل هام عن تعريف عام 1980 ).
Any loss or abnormality of body structure or of a physiologic or psychologic function (essentially unchanged from the 1980 definition)	<i>Impairment</i>
هو طبيعة وأمتداد قدرية الوظائف بمستوى الشخص ذاته . The nature and extent of functioning at the level of the person	النشاط <i>Activity</i>
هي طبيعة وأمتداد مساعدة الشخص في أوضاع الحياة بعلاقتها مع الضعف والأنشطة وال الحالات الصحية والعوامل الظرفية .	المساهمة <i>Participation</i>
The nature and extent of a person's involvement in life situations in relationship to impairments, activities, health conditions, and contextual factors	

تعريف منظمة الصحة العالمية وفق التصنيف الدولي للضعف والعجز والإعاقة (ICIDH) والـ(I) (ICIDH2)

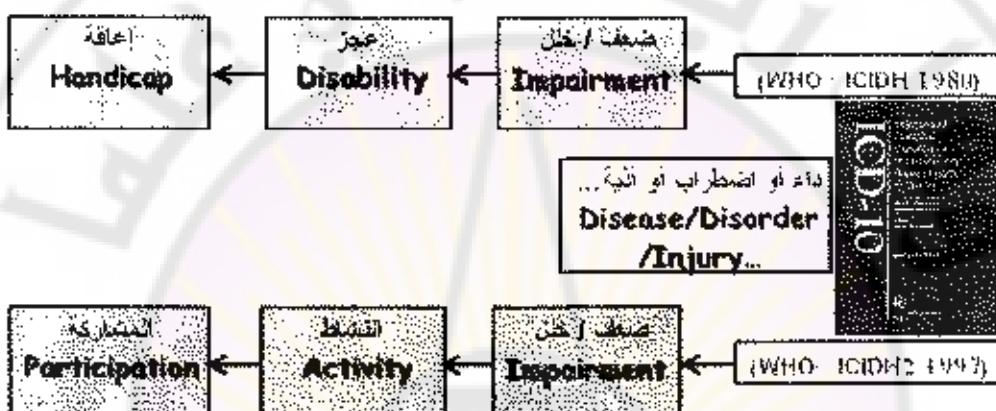
تكون العلاقة خطية ما بين الضعف والعجز والإعاقة وفق التصنيف الدولي للضعف والعجز والإعاقة (ICIDH) بحيث يسبب الضعف أو الخلل (الذي يكون بالمستوى الخلوي أو المضبوطي أو الجهازي) عجزاً لدى الشخص (بمستوى قدراته للنشاطات الحياتية اليومية) مما يسبب بدوره تعرضاً له (بمستوى المشاركة والنشاطات الاجتماعية)، وهي العلاقة الخطية نفسها بلغة التصنيف الدولي للضعف والعجز والإعاقة الثاني (ICIDH2) حيث يكون الضعف أو الخلل (الذي يكون بالمستوى الخلوي أو المضبوطي أو الجهازي) يسبب تحدداً باشتعال الشخص (بمستوى النشاطات الحياتية اليومية الخاصة به) مما يسبب بدوره تقلصاً بالمشاركة (بمستوى المشاركة والنشاطات الاجتماعية).

وفقـ(I) (ICIDH2) يؤثـر العجز ويتأثر سلباً أو إيجابياً بالعديد من العوامل الظرفـية (منها البيئـية ومنها الشخصية). أي أن العجز يعكس عـواقب الـضعف على نـشـاطـ الشـخـصـ، ويـتأـثـرـ بـالـضـعـفـ نـدـعـهـ اـصـطـلـاحـاـ تـحدـدـ النـشـاطـ، أما الإـعـاـقـةـ فـتـنـتـجـ منـ تـنـاعـلـ الشـخـصـ معـ الـبيـئـةـ أيـ أنهاـ تمـثلـ عـواـقـبـ العـجـزـ عـلـىـ مـشارـكـةـ الشـخـصـ الـاجـتمـاعـيـةـ، وـبـالتـالـيـ فإنـ نـقصـ المـشارـكـةـ هوـ تـأـثـرـ حـالـةـ الـحـيـاةـ لـلـشـخـصـ فـيـ الـبيـئـةـ الـاجـتمـاعـيـةـ الـخـاصـةـ بـهـ، أـمـاـ تـقيـيدـ المـشارـكـةـ بـالـعـوـاـمـلـ الـخـارـجـيـةـ يـسـمـىـ اـصـطـلـاحـاـ تـحدـدـ المـشارـكـةـ.

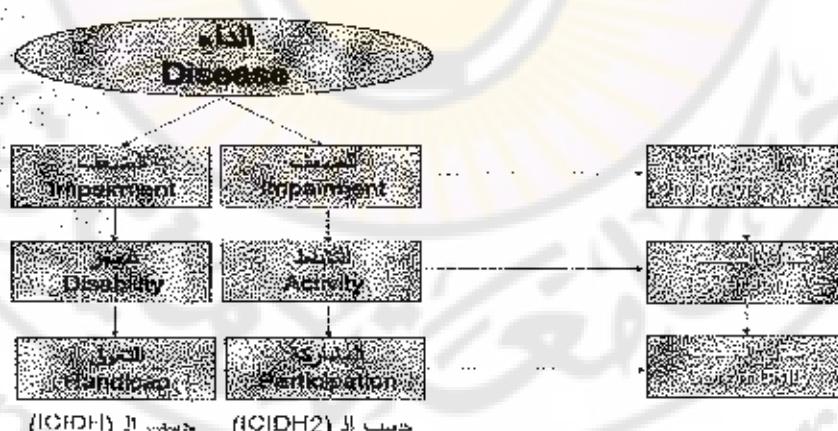
إنـ العـوـاـمـلـ الـظـرـفـيـةـ Contextual Factorsـ هيـ جـالـةـ الـحـيـاةـ دـاخـلـ وـحـولـ الشـخـصـ، وـقـدـ تمـ تـصـنـيفـهاـ وـفقـ الـ(I)ـ (ICIDH2)ـ إلىـ عـوـاـمـلـ بـيـئـيـةـ وـعـوـاـمـلـ شـخـصـيـةـ بـشـكـلـ مـنـقـصـلـ.

١- العوامل البيئية Environmental Factors: وتصنف بدورها إلى المنتجات والتكنولوجيا، والبيئة الطبيعية ونغيرات البيئة التي يقوم بها الإنسان، والدعم وشكل العلاقات، الموقف والقيم والمعتقدات، الخدمات والأنظمة والسياسات.

٢- العوامل الشخصية Personal Factors: وهي كل ما يتعلق بمواصفات وخصائص المريض التي يمكن أن تساهم بالتعديل أو تحدد التعديل، وتتضمن العمر والجنس والتشخيص الطبي واللياقة ونمط الحياة والتربية وأنماط التغلب على المشاكل والخلفية الاجتماعية والثقافية والمهنية والسعادة السابقة ونمط الشخصية والمرجودات الفيزيائية والنفسية.

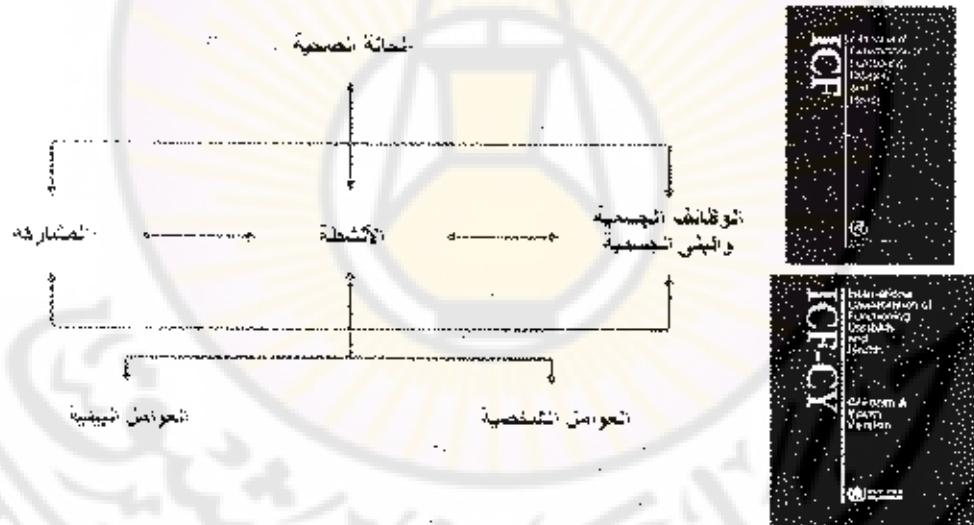


### تصنيف تأثيرات الداء على الشخص



لقد تم اقتراح العديد من النماذج المفاهيمية بغرض فهم وتقدير العجز والصحة، وهذا ما يفسر بالجدل الحاصل بين "النموذج الطبي" مقابل "النموذج الاجتماعي". ينظر النموذج الطبي الحيوي *biomedical model* للعجز على أنه مشكلة لدى الشخص، تنتج مباشرة عن الأمراض أو الرضوضن أو حالات صحية أخرى، وبذلك تستوجب رعاية طبية تقدم بشكل معالجة شخصية من قبل أخصائيون. ويهدف تدبير العجز إلى الشفاء أو إلى تكيف الشخص وتغيير سلوكه. تكون الرعاية الطبية قضية أساسية ويكون التصرف على المستوى السياسي منحصرًا في تغيير السياسة أو إعادة النظر فيها.

مقابل ذلك، ينظر النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي *Biopsychosocial model* للعجز على أن القضية الحاصلة بسبب المشكلة تكون اجتماعية بشكل رئيسي، خاصة بأنها أمرًا يهتم بالاندماج الكامل للشخص ضمن المجتمع. فالعجز ليس صفة تكمن في الشخص، بل هو عبارة عن مجموعة معددة من الحالات أغلبها تم خلقها من قبل البيئة الاجتماعية. وبذلك تتطلب معالجة هذا المشكلة عملاً اجتماعياً، وعلى المجتمع ككل مسؤولية القيام بالتغييرات الضرورية في البيئة لتمكن الأشخاص المصابين بالعجز من المساعدة الكاملة في كافة مجالات الحياة الاجتماعية. بذلك تكون القضية قضية مواقف وأيديولوجيات تتطلب تغييراً اجتماعياً، والذي يجعل هذه المسألة بالمعنى السياسي على أنها مسألة حقوق الإنسان. يعتبر العجز بالنسبة إلى هذا النموذج مسألة سياسية عامة.



النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للعجز يستند إلى التصنيف الدولي للأداة الوظائف والعجز والصحة (WHO 2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. ترافق سا مبقي مع حدوث تحول جذري في المفاهيم من مفهوم الشخص المعوق *Disabled Person* وفق النموذج الطبي الحيوي إلى الشخص ذو الإعاقة (PWD) *Person With Disability* وفق النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

تم إصدار التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) عن منظمة الصحة العالمية بالعام 2001م، والذي يرتكز على الدمج بين كلاً للمعوذجين المتقابلين. ولكن يتم التقاط الدمج بين مختلف مستويات تأدية الوظائف، تم استعمال مقاربة "حيوية- نفسية-اجتماعية". وهكذا، فإن (ICF) يحاول الوصول تأليف موحد بين المعوذجين السابقين لكي يوفر صورة متراكمة حول مختلف الأبعاد الصحية، البيولوجية والفردية والمجتمعية. وفي العام 2007 تم إصدار نسخة من (ICF) مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية الأطفال والشباب وهي التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة -الأطفال والشباب- International Classification of Functioning, Disability, and Health-Children and Youth (ICF-CY) عن منظمة الصحة العالمية.

لمحة عن مكونات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF)

#### التعريف

في الإطار الصحي:

**الوظائف الجسمية** Body functions هي الوظائف الفيزيولوجية لأجهزة الجسم (بما في ذلك الوظائف النفسية).

**البني الجسمية** Body structures هي الأجزاء التشريحية للجسم مثل الأعضاء والأطراف ومكوناتها.

**الخلل** Impairment هو المشاكل التي تصيب الوظائف أو البني الجسمية مثل الانحراف الهام أو فقدان.

**الأنشطة** Activities هي تنفيذ مهمة أو نشاط من قبل الشخص.

**المشاركة** Participation هي المشاركة في أوضاع الحياة.

**التحدد في الأنشطة** Activity limitations هو المعيوبات التي يمكن أن تواجه الشخص عند قيامه بالأنشطة.

**التأثير في المشاركة** Participation restrictions هو المشاكل التي يمكن أن تواجه الشخص عند مشاركته في أوضاع الحياة.

**العوامل البيئية** Environmental factors وتنطوي في كلٍّ من البيئة المادية والاجتماعية التي يعيشُ فيها الأشخاص وي التواصلون [ضدَّةً] لمواصفات هذه البيئة.

لمحة عامة حول التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF)

الجزء الثاني: العوامل الظرفية	الجزء الأول: تأدية الوظائف والعجز	المكونات Components
العوامل البيئية	الأنشطة والمساهمة الجسمية	الوظائف والبيئي والمساهمة

التأثيرات الداخلية على تأدية الوظائف وعلى العجز	التأثيرات الخارجية على تأدية الوظائف وعلى العجز	مجالات الحياة (المهام، الأفعال)	الوظائف الجسمية البني الجسمية	الميادين Domains
أثر صفات الشخص	أثر ملامح العالم المادي والاجتماعي ومواقفه كميسرات أو عرافيل	القدرة القيام بالمهام في بيئه معيارية الإنجاز القيام بالمهام في البيئة الحالية	تغير (فيزيولوجي) في وظائف الجسم تغير (تشريحي) في بني الجسم	الوحدات البنائية Constructs
غير منطبق	الميسرات	الأنشطة المعاونة	سلامة الوظائف والبني	الجانب الإيجابي Positive aspect
غير منطبق	العرافيل والخواجز	التحدد في الأنشطة التقلص في المعاونة	الخلل	الجانب السلبي Negative aspect
			العجز	

العجز مقابل الصحة....

**مثال تطبيقي:**

الجدة (س.ك) تحب أن تمحضي وقتها مع حفيتها. في السنوات الأخيرة، تطور التهاب المفاصل الرثائي لديها ليؤثر بشكل كبير على رعايتها لحفيتها، المرض أصاب الركبتين والمحممين واليدين، إلا أن إصابة مفاصل اليدين هي الأشد والأكثر تأثيراً عليها. إنها بصفة تقطع إنجاز المهارات البسيطة باليدين كمساعدة حفيتها على تزوير محفلتها.



إن الصحة تتصل تابدة الوظائف في كل ما يلي:

إن الإسهام والمشاركة للجدة يتمثل بالختابة بالآخرين لاسمها حفيتها، وذلك يتطلب منها انتشطة على رأسها التعامل باليد مع الأشياء والمعك والمهارات الدقيقة، وذلك يحتاج سلامة عدد من الوظائف الجسدية منها حرکة وثباتية مفاصل اليد وسلامة عدد من البني الجسدية أهمها المفاصل والعضلات.

لما العجز فيتمثل بنثار ثانية الوظائف في كل ما يلي:

وجود الضعف أو الخلل في بعض الوظائف الجسمية مثل انحدار الحركي والضعف العضلي، إضافةً لوجود الضعف أو الخلل في بعض البني الجسدية مثل المفاصل والعضلات، سوف يؤثر يحدد الأنشطة لدى الجدة لاسمها الأنشطة التي تتطلب مهارات دقيقة باليدين مثل تزوير الأزيار، وهذا بدوره يسبب نفلاساً في الإسهام والمشاركة وتجنبها مساعدة الآخرين وحفيتها.

#### تعريف الأشخاص ذوي الإعاقات:

حسب اتفاقية الأمم المتحدة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات (نيويورك 3 كانون الأول 2006):  
"الأشخاص ذوي الإعاقات هم الأشخاص الذين لديهم خلأ جسدياً أو عقلياً أو نفسياً أو حسياً مستمراً، والذي يتفاعل مع العوائق البيئية ليحقق معاهمتهم الاجتماعية النامية والفعالة، انسجاماً مع مبدأ التساوي مع الآخرين"

#### إعادة التأهيل Rehabilitation

إن فكرة الرعاية Caring للمرضى المصابين بالعجز قديمة، إلا أن عملية إعادة التأهيل Rehabilitation هي أكثر بكثير من الرعاية. إن عملية إعادة التأهيل عبارة عن عملية تدخلية وفاحلة تهدف للوصول إلى الحد الأعظمى لإمكانيات الشخص وبكل المجالات الفيزيائية والعقلية والاجتماعية.

يشكل معاير المعالجات الطبية التقليدية التي تشدد على التشخيص والمعالجة الموجهة ضد العملية الإمبراطورية (النموذج الطبي الحيوي biomedical model)، شنج إعادة التأهيل مدخلات متزامنة متعددة تحدد كلاً من السبب والتأثيرات للثانوية للأذية والمرض (النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial model). بذلك تتضمن الطبيعة المختلفة لإعادة التأهيل تقييم السعة الوظيفية للشخص والأداء الوظيفي والاضموم بالحياة.

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) عملية إعادة التأهيل بشكل واسع ومتقول على أنها:  
"كل المسائل والقضايا الهاورة للتقطيب من تأثير حالات العجز والإعاقة، وتمكن الأشخاص المصابين بالعجز من الوصول لحالة التمتع الاجتماعي المثلثي".

يوجد تعريفاً حقوقياً لإعادة التأهيل وهو:

"حرية الشخص المصاب بالعجز بصنع القرارات المتعلقة بطريقة الحياة المثلثي في ظروف إعاقة".

وصف العالم (USA) برنامج إعادة التأهيل بـ "إن برنامج إعادة التأهيل يضم خصيصاً لذل الشخص المصاب بالعجز من ذراسته إلى عمله، أي ليلازم بيته وبين أفضل حياة ممكنة مع حجزه، وشكل أكثر أهمية ليلازم بيته وبين أفضل إمكانياته أو قدراته".

نظراً لما سبق يكون في غاية الأهمية العمل ضمن فريق للتمكن من متطلبات عملية إعادة التأهيل المتعددة الجوانب، عموماً يوجد عدة طرق وأشكال لعمل فريق إعادة التأهيل لتلبية احتياجات الشخص ذو الإعاقة، وهي:

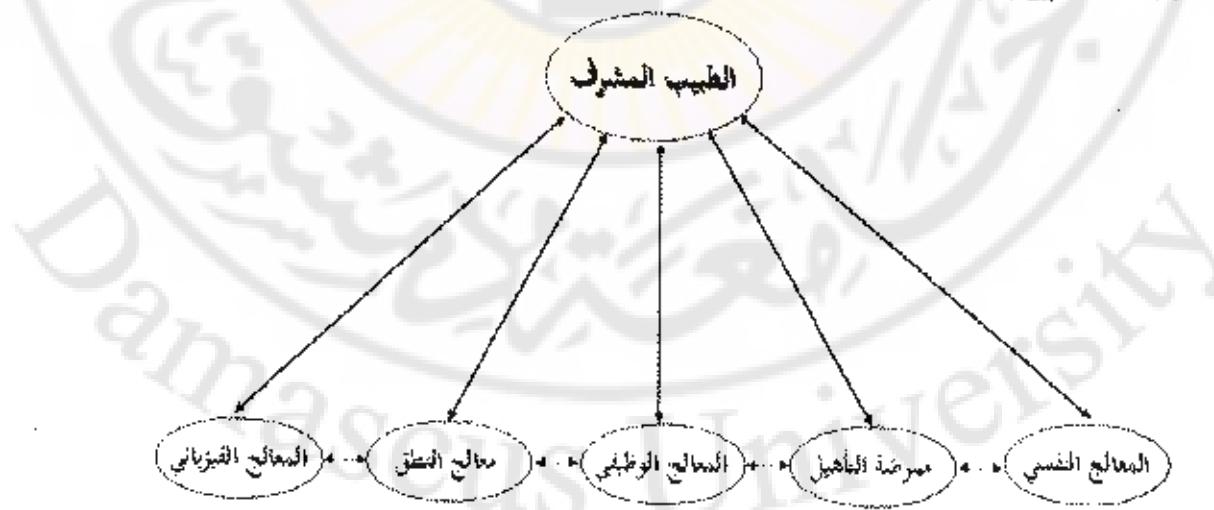
#### \* الطريقة الطبية التقليدية (Classic Medical Mode):

وهي الطريقة التقليدية التي يقوم فيها الطبيب أو العناصر الطبية المساعدة بتلبية احتياجات المريض عموماً، وعندما يحتاج المريض لخدمات أخرى يقوم الطبيب باستشارة اختصاصيين آخرين مع كتابة الطلبات العامة أو المحددة للمساعدة فيها، وهي الطريقة المعتمدة في العيادات عموماً. بهذه الطريقة يحتاج المريض لإجراء استشارات متعددة لاسهامها الشخص ذو الإعاقة.

#### \* الفريق المتعدد الانضباط (Multidisciplinary Team):

يتكون الفريق المتعدد الانضباط وهو الفريق المتعدد الاختصاصات من اختصاصيين كثيرون يقوموا بمعالجة المريض بشكل متفصل، مع أهداف نوعية مخصوصة، مما يتطلب تنسيق الجهد على أساس معيارية. تكون علاقة أعضاء الفريق بطريقة هرمية في التكبير، أي علاقة عمودية بين المشرف والمروءين، وبين الإشراف للطبيب الذي ينسق بين الاستشارات وبين محترفي الرعاية المختلفة بالفريق. تكون المنافحة بين المحترفين قليلة، عند الحاجة لها توجه للطبيب المشرف مما يعزز التواصل بالطريقة الهرمية.

باجتماعات الفريق يمكن أن يحدث التواصل بين أعضاء الفريق بشكل أدق لإيجاد الحل المثالي لمشاكل المريض.



#### • الفريق المتوسط الانصباط :Interdisciplinary Team

في طريقة الفريق المتوسط الانصباط وهو الفريق الذي يوفر مرونة بين الاختصاصات، حيث يقوم كل اختصاصي بتقييم المريض بشكل منفصل ومن ثم يتفااعلوا معًا في اجتماعات الفريق، ليشاركون بتقييم الأهداف المقصورة الأمد والطويلة الأمد. بذلك يكون الحصول النهائي أفضل من خلاصة الأجزاء المكونة. تتميز هذه الطريقة بالتواصل الجانبي. نظرًا تم تصميم هذا الشكل لأنه أفضل تفااعلًا لأعضاء الفريق، وبهذه الطريقة يكون من المتوقع أن يكون صنع القرار وتطوير الخطة العلاجية بشكل جماعي. يكون للمريض دورًا أساسياً في صنع القرارات وتطوير الخطة العلاجية، بل ويكون المحور المركزي للفريق. في هذه الحالة يكون قائد الفريق أي عضو في الفريق، وقد يتغير حسب حاجات المريض.

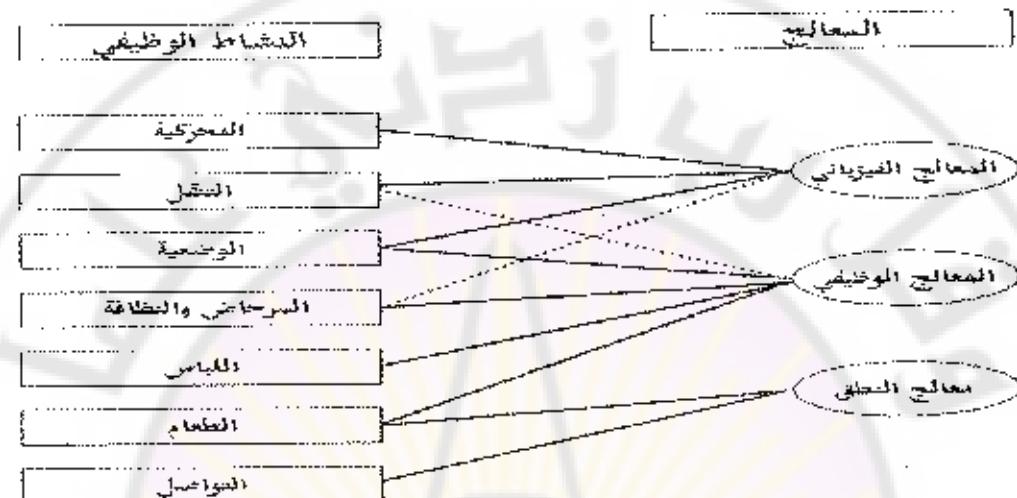
من فوائدها تحرير وإطلاق الأفكار وتعزيز التفااعل في الفريق. من مساوئها كون الوقت فيها أقل فعالية من إتمام رعاية المريض، ويعاكش ذلك بمحسن التواصل والتدرّب على حل المشاكل. كما تحتاج للتدريب متواصل للفريق.



الفريق متداخل الانصباط Transdisciplinary Team

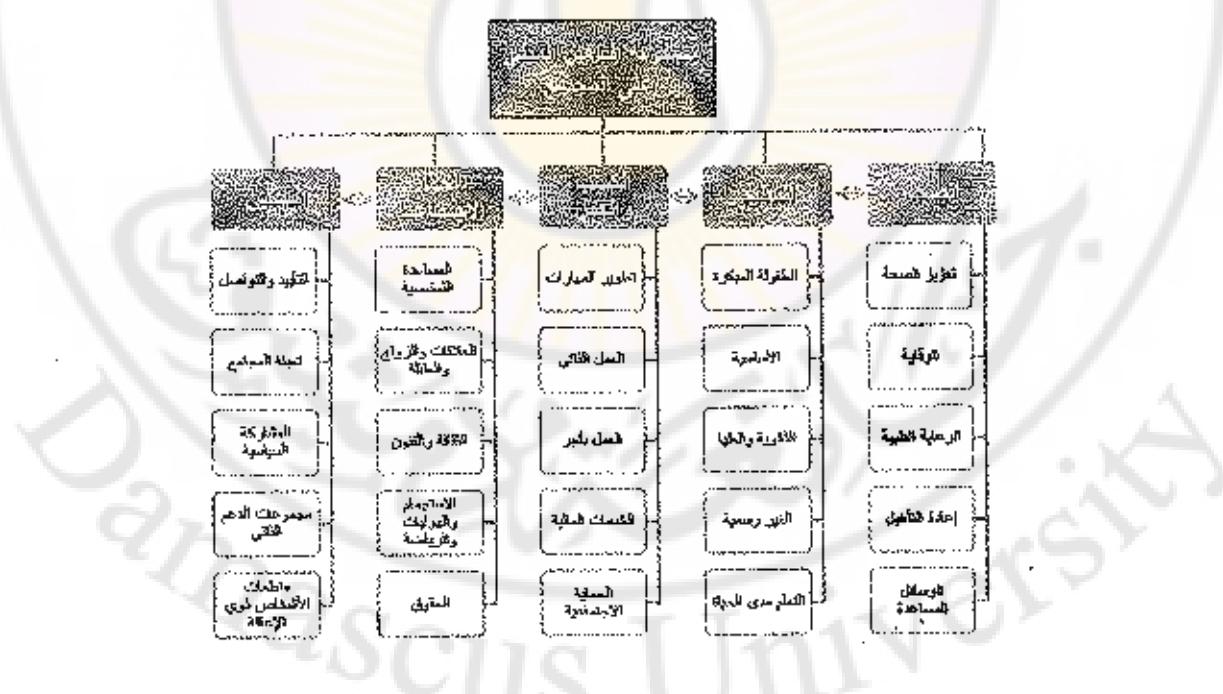
ويسمى بالفريق غير الاختصاصات، وهي الطريقة الأكثر تطوراً وحداثة، إذ أنها لا تشجع التواصل فحسب بل والمعالجة المتقطعة بين أعضاء الفريق، مع التركيز الأساسي على تحسين رعاية الشخص ذو الاعاقة. تتميز بإمكانية التكيف المتقطع، حيث أن كل عضو بالفريق يساهم بتعليم الآخرين في الاجتماعات.

عموماً يتم تجهيز الفريق مداخل الاستباط من خلال التدريب المقطوع لأعضاء الفريق وتحسين الإجراءات لمساند مداخل المسؤوليات بين عناصر الفريق. يسمح هذا التداخل بالمرنة في حل المشكلة، لكنه قد يؤدي للتراكم بين أعضاء الفريق.



"Alone we can do so little, together we can do so much"

Dr. Helen Keller



# لمحة عن التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة

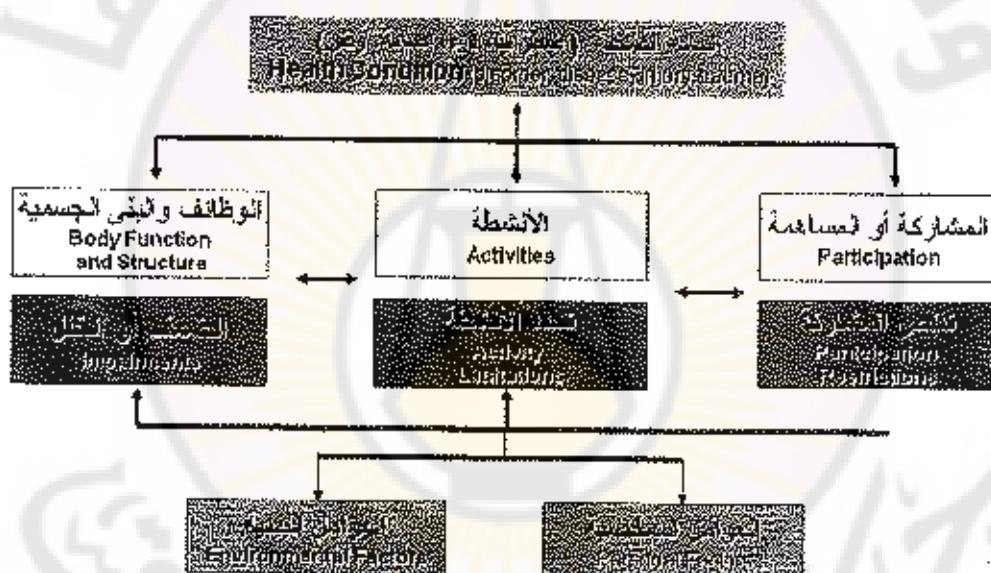
Review of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), & International Classification of Functioning, Disability, and Health-Children & Youth Version (ICF-CY)

## الأهداف:

- 1) التعرف على المفهوم المعاييري للـ ICF.
- 2) التعرف على الأهداف الرئيسية للـ ICF.
- 3) التعرف على المكونات الرئيسية للـ ICF.
- 4) التعرف على مبادئ استخدام الـ ICF.
- 5) إكتساب الآليات الرئيسية للاستخدام والتطبيق.

الทำความ المفاهيمي للتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة ICF:

يتمثل بالنموذج الحيوى النفسي الاجتماعي الموضح بالشكل:



أهداف التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة ICF:

يمكن تلخيص أهدافه المحددة بما يلى:

1. توفير قاعدة علمية تمكن من فهم ودراسة الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة ونتائجها ومحدداتها.
2. إرساء لغة موحدة لوصف الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة من أجل تحسين التواصل بين مختلف المستخدمين كالعاملين في قطاع الرعاية الصحية والباحثين وأصحاب القرار وعامة الناس، بما فيهم الأشخاص المصابين بالعجز.
3. السماح بمقارنة المعطيات بين البلدان، وبين الاختصاصات الصحية، وبين الخدمات، خلال الزمن.
4. إيجاد نظام ترميز منهجي يصلح لبناء نظم معلوماتية صحيحة.

## **تطبيقات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):**

ويستخدم التصنيف لعدة أغراض منها:

1. كاداًة إحصائية - لجمع المعلومات وتسجيلها (في الدراسات والمسوحات المكانية أو في نظم إدارة المعلومات)
2. كاداًة للبحث - كصلح لقياس النتائج، وجودة الحياة أو العوامل البيئية
3. كاداًة سريرية - تصلح لتحديد الحاجات، واحتياط المعالجة المناسبة، والتقييم والتأهيل المهني، وتقييم النتائج
4. كاداًة لرسم السياسات الاجتماعية وتصميمها وتنفيذها - كخطيط مبادلة الضمان الاجتماعي
5. كاداًة للتعليم - كتصميم المناهج، ورفع الوعي، والتقييم بالأفضلية الاجتماعية.

## **تقديم التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة ICF:**

صدر التصنيف بعدة نسخ هي:

1. النسخة الكاملة لـ ICF ، وهي تضم تصنيفاً مفصلاً على أربعة مستويات.
2. والنسخة المختصرة لـ ICF-Short Version تحصر نظام التصنيف ليشمل الميادين بالمستوى الثاني فقط.
3. ونسخة الأطفال والشباب لـ ICF-CY، تشمل معلومات أكثر تفصيلاً حول تطبيقات ICF عدد الأطفال والشباب دون عمر لا يتجاوز 18.

## **هيكل وتبسيط التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة ICF:**

(كما هو مفصل بالشكل المرفق بالملحق)

يتكون التصنيف من جزئين Parts، يحتوي كلّ منها على مكونين Components اثنين:

الجزء 1: تأدية الوظائف والعجز:

- (أ) الوظائف والبني الجسمية،
- (ب) الأنشطة والمشاركة،

الجزء 2: العوامل الظرفية:

- (أ) العوامل البيئية،
- (ب) العوامل الشخصية.

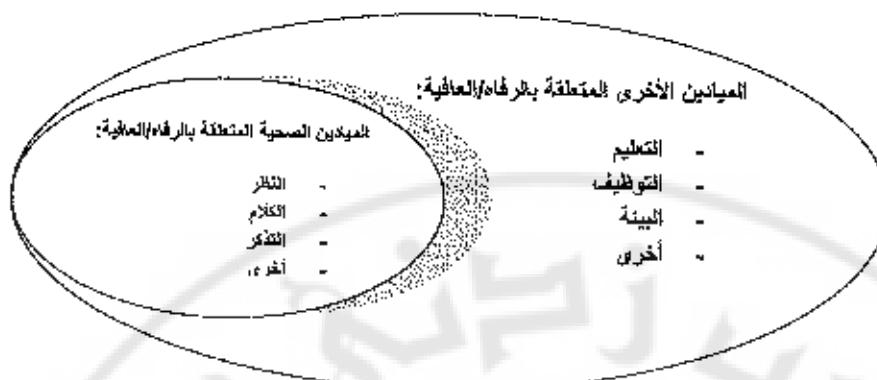
يمكن التعبير عن كلّ هذه المكونات باستعمال مصطلحات إيجابية أو سلبية.

يتألف كلّ مكون من عدة ميادين Domains (تمثّل الفصول الرئيسية ضمن الوظائف الجسمية، والبني الجسمية، والأنشطة والمشاركة، والعوامل البيئية)، ويتألف الميادين بدورها من عدة فئات Categories (أصناف رئيسية classes وأخرى فرعية subclasses) وهي وحدات التصنيف.

يمكن تسجيل الحالات الصحية وبالحالات المتعلقة بالصحة بالختبار رامور الفئة المتناسبة وإضافة الموصفات Qualifiers، وهذه جميعاً روابط رقمية تبين مقاييس أو حجم تأدية الوظائف أو العجز ضمن فئة معينة، أو مدى الدور الذي يمكنه العامل البيئي كميكيator أو عائق Barrier.

المصطلحات المستخدمة في التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):

الرِّفَاهُ وَالْعَافِيَةُ Well-being: مصطلح عام يشمل الحياة البشرية بأكملها، ويشتمل على الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية التي تكون ما يمكن أن نسميه "الحياة الطيبة good life". تعتبر الميادين الصحية مجموعة من الميادين المتفرعة من تلك التي تكون عالم الحياة البشرية بمجمله. يوضح الشكل هذه العلاقة:



**الحالة الصحية Health condition:** هي مصطلح عام يشمل الأمراض (الاحادة أو المزمنة)، والاضطرابات، والإصابات، والرطوح. قد تشمل الحالة الصحية أيضاً ظروفاً أخرى كالحمل، والشيخوخة، والإجهاد، والشذوذات الخلقية، والأهبة الوراثية. أبرز الحالات الصحية باستخدام التصنيف الدولي للأمراض - المراجعة العاشرة (ICD-10).

**نادية الوظائف Functioning:** هي مصطلح عام يشمل كلّ من وظائف الجسم، والبني الجسمية، والأنشطة والمشاركات. يبرهن هذا المصطلح الجوانب الإيجابية للتفاعل بين الفرد (الذي يعاني من مشكلة صحية محددة) وبين العوامل الظرفية لهذا الفرد (**العوامل البيئية والشخصية**).

**العجز Disability:** هو مصطلح عام يشمل كلّ من الاعتلاءات، وتحدد الأنشطة، وقيود المشاركة وهو يبيّن الجوانب السلبية للتفاعل بين الفرد (الذي يعاني من مشكلة صحية) وبين العوامل الظرفية له (**العوامل البيئية والشخصية**).

**وظائف الجسم Body functions:** هي الوظائف الفيزيولوجية لأجهزة الجسم، وتشمل الوظائف النفسية أيضاً. يشمل مصطلح «الجسم» الكائن البشري ككل بما في ذلك الدماغ، لهذا تدرج الوظائف النفسية ضمن وظائف الجسم.

**البني الجسمية Body structures:** هي الأجزاء البنوية أو التشريحية للجسم كالأعضاء، والأطراف والمكونات المرتبطة بها التي تُصنف بحسب أحاجيحة الجسم.

**الاعتلاء-الخلل-الضعف Impairment:** هو فقدان في البني الجسمية أو وظائف الجسم الفيزيولوجية أو شذوذها (يشمل هنا الوظائف النفسية أيضاً).

**الأنشطة Activities:** هي قيام الفرد بتنفيذ مهمة أو فعل ما، وتتمثل المنظور الفردي لنادية الوظائف.

**تحدد الأنشطة Activity limitations:** هي الصعوبات التي يمكن أن تعترض الفرد عند قيامه بالأنشطة.

**المشاركة Participation:** هي مشاركة الشخص في أوضاع الحياة، وهي تمثل المنظور الاجتماعي لنادية الوظائف.

**قيود المشاركة Participation restrictions:** هي المشاكل التي قد يختبرها الفرد في الأوضاع الحياتية.

**العوامل الظرفية Contextual factors:** هي العوامل التي تكون مع بعضها البعض السياق الكامل لحياة الفرد، فتة مكونان للعامل الظرفية: العوامل البيئية والعوامل الشخصية.

**الدلائل الإرشادية لترميز التصنيف الدولي لنادية الوظائف والعجز والصلة (ICF):**

يشار إلى مكونات التصنيف ببيانات في كل رمز من الرموز:

- 6 لوظائف الجسم

- 5 لبني الجسم

## ٤- الأنشطة Activities والمشاركات Participation

### ٤-١ العوامل البيئية

بلي (الأحرف b, c, d, e) رمز رقمي يبدأ برقم الفصل (خانة واحد)، يليه المستوى الثاني (خانتين)، ثم المستوى الثالث فالرابع (خانة واحد لكل منها). يمكن استخدام أي عدد من الرموز قبل التطبيق في كل مستوى بحسب احتياجات المستخدمين، كما يمكن تطبيق أكثر من رمز واحد في كل مستوى لوصف حالة فرد، قد تكون هذه الرموز مستقلة أو متعلقة ببعضها البعض.

### الموصفات Qualifiers

تتطلب رمز (Q) استخدام موصفت واحد أو أكثر لبيان درجة مستوى الصحة أو الوخامة للمشكلة المعنية. تُفرز الموصفات باستخدام رقم واحد أو اثنين أو أكثر بعد النقطة العشرية. يجب أن يصاحب كل رمز على الأقل موصفت واحد. لا يكون للرموز أي معنى إذا لم يستعمل على موصفات.

شرح الموصفات الأولى تلخص الجسم وبنائه، والأداء والقدرة الخصائص بالأنشطة والمشاركة، والموصفت الأولى للعوامل البشرية، مدى المشكلة الصحية. عادة ما يستخدم السلم التقسيمي العمومي ذاته لتحديد حجم المكونات كافة، يختلف معنى وجود مشكلة صحية باختلاف مكوناتها فقد تكون المشكلة خللاً أو تحديداً أو تقيداً أو إعاقة. ينبغي اختيار كلمات التوصيف، كذلك الموجودة في الأسفل بين قوسين، وفقاً لميدان التصنيف ذي العلاقة (بدل الرمز xxx على رقم الميدان في المستوى الثاني):

xxx.0	لا توجد مشكلة (غير موجودة، غائبة، تكاد تنتهي...) % 4-0
xxx.1	مشكلة خفيفة (بسيطة، طفيفة، صافية، ...) % 24-5
xxx.2	مشكلة متوفنة (معتدلة، معتدلة، ...) % 49-25
xxx.3	مشكلة ودية (شديدة، مرتفعة، عالية، حادة، ...) % 95-50
xxx.4	مشكلة مكتملة (إجمالية، كاملة، ...) % 100-96
xxx.8	غير محددة
xxx.9	غير قابلة للتطبيق

في حالة مكونات العوامل البيئية، يمكن استخدام الموصفت الأولى للدلالة على مقدار الجراثيم الإيجابية للبيئة أو الميترات facilitators في نفس السلم من 0 إلى 4 للإشارة على الميترات، ولكن ينبغي استبدال النقطة العشرية بعلامة الجمع: مثلاً "e110.2" .

### قواعد الترميز الخاصة بالمكونات:

#### أولاً، ترميز وظائف الجسم:

رمز وظائف الجسم بموصفت واحد يدل على سدى الخل أو حجمه. يمكن تحديد أي اعتلال حاصل على أنه فقدان loss أو نقص lack، أو انخفاض reduction، أو زيادة addition أو إفراط excess، أو انحراف deviation. يمكن وصف اعتلال شخص مصاب بالخرف الشقى hemiparesis باستعمال رمز 7302. عند وجود خلل/اعتلال، يمكن تقييم درجة الوخامة باستخدام الموصفت العام generic qualifier.

**مقدار الخلل/الاعتلاء (الموصفت الأول)**

b7302.

على سبيل المثال:

b7302.1 خلل خفيف في قوة عضلات جانب واحد من الجسم %24 - 5

b7302.2 خلل متوسط في قوة عضلات جانب واحد من الجسم %49-25

b7302.3 خلل وحيم في قوة عضلات جانب واحد من الجسم % 95 -50

b7302.4 خلل ثام في قوة عضلات جانب واحد من الجسم %100-96

يشير إلى عدم وجود خلل (بحسب المستوى العتبني المحدد سابقاً) بالرقم '0' في الموصفت العام، مثلاً:

b7302.0 لا يوجد خلل في قوة عضلات جانب واحد من الجسم

عندما لا توجد معلومات كافية لتقدير وخامة الخلل/الاعتلاء، يستعمل الرقم '8'. مثلاً في حال أظهر السجل الصحي للشخص ما أنه يعاني من ضعف في الجانب الأيمن من جسمه دون إعطاء تفاصيل أكثر، يمكن عندها تطبيق الراموز التالي:

b7302.8 احتلال في عضلات جانب واحد من الجسم، غير محدد

قد توجد حالات لا يكون من الملائم فيها تطبيق أي راموز معين، مثلاً، لا يمكن تطبيق راموز 650 البصني بوظائف العينين للنساء قبل سن معين أو بعد سن معين (قبل بدء الإحاضة أو بعد الإيام)، ففي مثل هذه الحالات يُستدِّدُ الرقم '9':

b650.9 وظائف العينين، غير قابلة للتطبيق

**ثانية: ترميز البنية الجسمية:**

نقطة ثلاثة موصفات تستعمل في ترميز البنية الجسمية.

يبين للموصفت الأول مقدار الاعتلاء أو حجمه،

ويشير الموصفت الثاني إلى طبيعة التغير،

اما الموصفت الثالث فيبين موقع الاعتلاء.

aggio الاعتلاء Extent of impairment (المصنف الأول)

طبيعة الاعتلاء Nature of impairment (المصنف الثاني)

موقع الاعتلاء Location of impairment (المصنف الثالث)

s7300. -- -- --

### سلم الموصفات الخاص بالبني الجسمانية

الموصف الثالث (افتراضي) موقع الاعتلال	الموصف الثاني طبيعة الاعتلال	الموصف الأول حجم الاعتلال
٦ أكثر من منطقة واحدة	٠ لا تغير في البنية	٥ لا يوجد اعتلال
١ الجانب الأيمن	١ غيبوبة كلي	١ اعتلال خفيف
٢ الجانب الأيسر	٢ غيبوبة جزئي	٢ اعتلال متوسط
٣ على الجانبين	٣ جزء إضافي	٣ اعتلال وحيد
٤ الجانب الأمامي	٤ قياسات زائدة	٤ اعتلال كامل
٥ الجانب الخلفي	٥ توقف	٨ غير محدد
٦ الجانب الذيلي	٦ انحراف في الموقع	٩ غير قابل للتطبيق
٧ الجانب القاسي	٧ تغير محدد في البنية بما في ذلك تراكب المسوائل	
٨ غير محدد	٨ غير محدد	
٩ غير قابل للتطبيق	٩ غير قابل للتطبيق	

#### ثالثاً: ترسير مكون الأنشطة والمشاركات:

ثمة موصفاتان يستخدمان في ترميز الأنشطة والمشاركات: موصف الأداء Performance الذي يحتل المركز الأول بعد النقطة العشرية، وموصف القدرة Capacity الذي يحتل المركز الثاني بعد النقطة العشرية.

يبين موصف الأداء ما يفعله الفرد في بيئته الحالية. وحيث أن البيئة الحالية تتضمن على إطار اجتماعي، يمكن فهم الأداء الذي يتم تسجيله بواسطة هذا الموصف على أنه "مشاركة في حالة حياتية" أو "تجربة حياتية" يُشخص في الإطار البيئي الحالي الذي يعيشون فيه.

يبين موصف القدرة امكانية الفرد على تنفيذ مهمة ما أو فعل ما. يهدف هذا المكون إلى الإشارة إلى أعلى مستوى محتمل يمكن أن يصل إليه الشخص في تأديته لوظائفه في ميدان ووقت محددين. ولتقييم القدرة الكلية للشخص، تحتاج إلى وجود بيئه معيارية "تعديل من الكثارات المتغيرة لمختلف البيئات على قدرة الفرد".

من الناحية التموزجية، يستعمل موصف القدرة لوصف الكفاءة الحقيقية للفرد والتي لم يقع تحصيتها بواسطة آلات مساعدة أو مساعدات شخصية يستخدم موصف القدرة غير المعتمدة على المساعدة، لوصف الكفاءة الحقيقية للفرد غير المعززة بمساعد من جهاز أو شخص.

وحيث أن موصف الأداء يهتم بيئه الفرد الحالية، فإنه من السهل الملاحظة بطريقة مباشرة وجود أي إعاقة أو مساعدة سواء كانت شخصية أو بواسطة الجهاز. يمكن وصف طبيعة المساند أو المعيقات باستخدام تصنيف العوامل البيئية. أمثلة على تطبيق الموصفات

4500 المتر مسافات قصيرة

فيما يتعلق بموصف الأداء، يشير هذا الميدان إلى التเคลل على الأقدام لمسافات قليل عن كيلومتر واحد في بيئه الفرد الراهنة كالمشي على مساحات متعددة في ظروف مختلفة بمساعدة العكاز أو المشاء أو أية نكبات مساعدة أخرى. على سبيل

2. يتطلب عمل الطبيب أن يعرف ويشتغل مع مرضيه كأشخاص، ومع كل عضو بالفريق كمحترف شامل، كما يحتاج لمعرفة أساسية بالمفرد الموجودة وموضع الخطأ في بيته مرضه حيث أن دعم المرضى لتمكينهم من الوصول إلى أهدافهم ومشاركتهم نجاحاتهم من قبل الفريق المعالج هو في الواقع ما يستمتع به بشكل حقيقي.

3. إن العمل مع المرضى المصابين بمتغيرات بظيفية أو الالم أو شكليات عضلية هيكلية كل بمفرده يوفر تنويعاً بالحلول المرضية المعززة للحياة.

4. تقتضي الأمور السابقة اكتشاف مسيرة المرضي والأعضاء الفريدة والخيارات المتعددة الموجودة في بيتهم، إذ أنه يعني الإمكالية للتآزر وتقاعم الجهود المختلفة وذلك باختيار المريض وفريق إعادة التأهيل الذين - فيما لو عملوا معاً - يستطيع كل واحد منهم زيادة إمكانية الآخر للحد الأقصى.

#### الحالات التي تعالجها الطبيب الفيزيائي Physiatrist:

رغم أن العديد من الأطباء الفيزيائيين يعتبرون أنفسهم كاطباء الرعاية الأولية للأشخاص المصابين بالعجز (ويذلك يقدرون الرعاية الشاملة للأشخاص المصابين بمختلف الحالات الطبية المتراقة بعجز)، إلا أن عدد المتزايد لاختصاصي الطب الفيزيائي قد دفع بالآباء التركيز على مجالات إعادة التأهيل النوعية، تتضمن الحالات الشائعة المعالجة من قبل هؤلاء الأطباء كل ما يلي: البتر والشلل وأمراض المفاصل وأنواع الدماغ والجروف والسرطان والاضطرابات القلبية وألم الليف العضلي وأذىات العمل والأدوات العصبية العضلية والإعصاب العصبية والأنيات العظمية وأضطرابات الالم وأضطرابات الأطفال والأضطرابات الرونية وأذىات النخاع الشوكي...

#### تطور اختصاص PMR:

لقد كانت سنة 1936 هي السنة الممتازة والمميزة لاختصاص الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل وذلك عندما افتتح الطبيب الشهير فرانك كرو من Dr.Frank Krusen الطبي الفعلي الأول لتدریب الإعاقة في جامعة مايلوكلينيك Mayo Clinic. لقد ابتكر كروسن مصطلح الطبيب الفيزيائي Physiatrist وهو الفضل كمؤلف لكتاب المدرسي الأول الشامل بإعادة التأهيل. وعلى الرغم من أن الأكاديمية الأمريكية للطب الفيزيائي وإعادة التأهيل ترجع بأصولها لعام 1938م، إلا أن البورد الأميركي للطب الفيزيائي والتأهيل (ABMPR) قد تأسس في العام 1947م استجابة للحاجة الملحة للتوصيق على شهادات الأكاديمية.

#### متطلبات اختصاص PMR:

لكي يصبح الشخص طبيباً فيزيانياً Physiatrist أي حاملاً للشهادة واللقب، لابد له في البداية من الدراسة في أحد كليات الطب البشري (أي حاصلاً على شهادة الطب البشري)، ثم ينثوها فترة تخصص على الأقل 3 سنوات (تختلف بين الجامعات والبلدان، وفي سوريا هي 4 سنوات)، يخضع خلالها المؤهل لخوض امتحانات كتابية وشفهية وعملية وبعد اكمال نجاحه يستطيع الشخص إثبات شهادته، أي بعض الدول لابد من حورة من الشهادة التي تكون مطلوبة كل 10 سنوات، بذلك لا ينقطع الطبيب عن التعلم أبداً.

ولأجل التخصص بمجالات محددة في اختصاص PMR (أي الاختصاصات الفرعية بالطب الفيزيائي وإعادة التأهيل)، فقد أصبح متاحاً بالوقت الحاضر في العديد من المجالات أهمها: طب تأهيل إصابات الحبل الشوكي، وطب تدبير الالم، وطب تأهيل الأطفال، وطب تأهيل إصابات الدماغ، وذلك الاختصاصات الفرعية تتطلب فترة تدريب لا تقل عن السنة وقد تصل لثلاث سنوات بعد الحصول على اختصاص PMR.

أما لاحقية تعرف الأطباء العاملين والممارسين للاختصاصات الأخرى على اختصاصات PMR فقد فرضت بعض كليات الطب دورات إلزامية في PMR، بينما وفرت كليات أخرى هذه الدورات بشكل اختياري. لقد خلق العدد المتزايد للأقسام الأكاديمية فرصة قوية مني للمحاضرات والمعارض التعليمية والمتدينيات لطلاب، الطالب المهمشون. يمكن أن يمضى الطلاب أوقاتهم على خدمة مرضى إعادة التأهيل وذلك كجزء من المنهج الدراسي المعتمد في العديد من كليات الطب، حيث يكون المرضى بحالة مستقرة ويتوفر وجودهم حالات واحدة من الإمراضات، وذلك شأنه يوفر تعليم جيد.

#### وظيفة الطبيب الفيزيائي:

إن الطبيب الفيزيائي يعالج المرضى المصابة بالآلام الحادة والمزمن والمصابين بأضطرابات حسية عضلية هيكلية، غالباً ما يمارس ذلك في مراكز إعادة التأهيل الكبيرة والمشافي والمراكز الخاصة. كما ينسق الطبيب الفيزيائي عمل فريق الأطباء وفني الرعاية الصحية العاملين في فريق إعادة التأهيل لدى مقاربة الحالات الطبية المتراوحة بالعجز، وقد يتضمن برنامج إعادة التأهيل الشامل معالجين فيزيائيين ومعالجين الكلام ومعالجين وظيفيين ومعالجين استجمام وممرضات وأطباء نفسيين ومساعدين اجتماعيين واختصاصيين في الاختصاصات الطبية المرتبطة به.

#### الوسائل التشخيصية التي يستعملها الطبيب الفيزيائي:

تتضمن الوسائل التشخيصية جميع الوسائل التي يستعملها الأطباء عموماً (الفحص الطبي السريري، الفحص الفيزيائي، الأشعة السينية، والغرسن المخبرية)، بالإضافة لتقنيات خاصة بالاختصاص -وبعض الاختصاصات الأخرى- مثل التشخيص الكهربائي كخطيط كهربائية العضل EMG ودراسة التوصيل العصبي والكمونات المثاررة.

#### العلاجات التي يقدمها الطبيب الفيزيائي:

تتضمن الخيارات العلاجية استعمال مختلف صنوف الأدوية، والوسائل الفيزيائية مثل الكمادات الحارة والكمادات الباردة والأمواج فوق الصوت والمعالجة الكهربائية، والوسائل المساعدة مثل المقومات والأطراف الصناعية، إضافة لإجراءات أخرى مثل التكليك، والتلنيم الرابع الجبوبي، والشد، والنماذن العلاجية. أما الجراحة فلا تستعمل مطلقاً.

كما أن الطبيب الفيزيائي يستطيع أن يقوم أيضاً بإجراءات تداخلية Interventional Procedures متضمنة الإحصار العصبي والحقن الموضعي للأدوية والوزخ بالإبر وذلك من خلال التدريب الإضافي عليها.

#### مفاهيم أساسية في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل:

إن **الشخص** Person هو الإنسان الحي المستقل والمتغير بال مجالات الوراثية والفيزيائية والمعطالية والاجتماعية والروحية، ويكون موجوداً باختبرات السابقة والتغيرات خلال التطور، كما ويكون مجدداً ذاته من خلال فرارات الحياة المختلفة بشكل إرادي. بذلك يكون الشخص أي الذات الحقيقة هو الخاضع لعملية وتدخلات إعادة التأهيل.

تكون **الشخصية** Personhood، في حد ذاتها، عملية متحركة ومتغيرة بشكل مستمر بتكوينها وملاءمتها للذات، لذلك فإن فهم المريض ذاته يكون أساسياً لنجاح عملية التأهيل، وبينما للمريض حق اختيار حل المشكلة، بل يكون هو الساهم الأساسي بوضع الهدف الصحيح للتأهيل.

وحيث أن **المريض Patient** هو الشخص المصاب بأذى أو مرض أو داء ويكون خاضعاً للمعالجة الطبية الفعالة بهدف العودة للصحة المثلث، وبحال كان المرض سبباً لعجز وتحدد بالأنتظامة وتقتصر بالمشاركة يدعى حينها المريض **بلا شخص ذو الاعاقة Person With Disability (PWD)**، وهذا يتطلب العمل مع الشخص كمريض / أو كشخص ذو إعاقة ضمناً بعلاقة طيبة فحالة غير توقعات **الحالة Case أو الموكيل Client أو الزبون Customer**.

**في الحالات** فهي مثال على الشفاء أو الأذى يتضمنها الصالحة وبشكل مجرد عن الشخص وذلك بغرض الدراسة العلمية أو التعليم والتنمية، أما **الموقف** فهو الشخص الذي تقدم له الخدمات، ولا يتطلب اشتراك الشخص في شكل العلاقة، بل يتم بإعداد الأشخاص لأجله، أما **الإدراك** فهو الذي يشتري السلعة والخدمات وحسبما.

يجب التمييز بين المعاناة **Suffering** والآلام **Pain**, فالآلام عملية نفسية فيزيولوجية من الإدراك الحسي تحدث أختيابياً للتبيه المؤلم، أما **المعاناة** فهي الإدراك الحسي بالتهديد بسلامة الشخصية (مثل، إدراك الشخص لما فيه وحاضره ومستقبله، والعائلة ودرره اللهم في والاجتماعي، وأمور أخرى). يمكن أن تتضمن المعاناة الألم الفيزيائي ولكنها حتماً لا تقتصر عليه. يمكن أن تزول المعاناة عندما يتم تقديم تفسير جديد و بطريقة إيجابية للإحساس بتهديد الشخصية. إن طريقة فهم الألم تؤثر على كمية الأدوية المطلوبة للمسيطر عليه، فعلى سبيل المثال هنالك مريضة كانت تعتقد بأن ألمها ناتج عن عرق الدما وقد ثبتت السيطرة عليه بجرعة قليلة من المسكنات ولكن حين اكتشفت بأنه ناتج عن ورم سرطاني احتاجت لكميات أكبر من الأدوية لإراحة الآلام.

عند تقييم الألم، يجب التذكر بأن الألم ظاهرة شخصية والتي تكون في نظر المشاهد وتكون جزءاً من معاناة المريض بالمرض، ويختلف الإدراك الحسي للألم بين الثقافات المختلفة وبين الأجياس، لذلك يجب التأكيد على أهمية تعليق المحاكمة. يجب أن يستعمل مصطلح المعاناة لوصف فقد أو نقص الوظيفة على المستوى الروحي، بذلك يكون المصطلح مفيداً لأنّه يتضمن المجال الروحي للشخص والذي لا يكون متضمناً بصورة دقيقة في المجالات الثلاثة لمفهوم العجز.

#### **مسؤوليات الطبيب في شكل العلاقة طبيب-مريض:**

1. **تعليق الحكم Suspension of Judgment:** يعني أن يحترم الطبيب أولويات وقيم المريض الشخصية، دون أن ينسى دوره العلمي رغم اهتمامه العاطفي بالمرضى، وذلك يتطلب معرفة الطبيب لوجهة نظر المريض.

2. **التقييم Evaluation:** ويقتضي اكتساب المعرفة من المريض كشخص، ومن ظواهر المرض أو الداء عليه، ومن معاناته الخاصة من الصعف والعجز.

3. **التخمين Diagnosis:** ويقتضي دمج العديد من الأعراض والعلامات والموجدات ونتائج الاختبارات لاستنتاج السبب أو المتألم.

4. **كتابة التقرير Reporting:** وفقه يفسر الطبيب تشخيص وإذلال حالة المريض ويقدم المعلومات المطلوبة عن الخيارات.

5. **المعالجة Treatment:** وتقتضي الصيغة أو الوصفة أو الخطة، والتي يتم تقديمها للمريض لتناول المراقبة منه.

#### **مسؤوليات المريض في شكل العلاقة طبيب-مريض:**

1. **الطاعة Submission:** يبوح المرضى بوجوه معاناتهم من خلال القصبة الطبية وتقديم أجسامهم والتجهيزات والمنزل للفحص. إنهم يشاركون في عملية التقييم من خلال إظهار حالتهم الفيزيائية والوظيفية ومن خلال مشاركتهم بتطوير الأهداف مع فريق إعادة التأهيل. من خلال ملائتهم التامة لعملية التقييم، يقدم المرضى لفريق إعادة التأهيل الفرصة المناسبة لهم شخصيتهم وحاجاتهم الاستثنائية. وذلك يؤدي لصياغة الخطة الأفضل للمريض.

2. المطابقة Compliance: يلتقي المرضى تقريراً من الطبيب وفريق إعادة التأهيل والذي يوجز خطة التداخل والمحضيل المتوقع، يبتلي بهم المطابقة أن يكون المرضى فاهمين للخطوة وموافقين عليها ويعملون باتجاه أهدافهم.
3. الدفع Payment: يلتزم المرضى بالدفع، وقد يكون المريض مسجل بالتأمين أو الضمان الصحي، ويرغم ذلك فإنه يجب على المرضى ولأو شريهم أن يدركوا ويشعروا أنهم يتحملوا قيمة الخدمة.

#### **إعادة التأهيل Rehabilitation:**

يشكل معايير للمعالجات الطبية التقليدية التي تشدد على التشخيص والمعالجة الموجهة ضد العمایدة الإمبريالية وسببها (المفروض الطبيعي، الحيواني biomedical model) وإهمال التأثيرات التانوية للمرض، فتتسع عملية إعادة التأهيل تداللات متزامنة متعددة كلاً من المسبب والتأثيرات التانوية للأذية والمرض (النموذج النفسي الحيواني الاجتماعي biopsychosocial model) مما يتطلب تثبيط السوء، الرغبة في الشخص وأداء للوظائف وطمأنة الحياة.

- تعرف عملية إعادة التأهيل على أنها عملية تطوير الشخص لإمكاناته الحيوانية والنفسية والاجتماعية والمهنية وغير المهنية والثقافية للشخص الأقصى، بشكل متزامن مع ضعفه الفيزيولوجي أو التصريحي ومتعددات البيئة، ويتطلب عملية إعادة التأهيل:
1. بشكل فريد، صياغة خطة المعالجة من قبل المريض وفريق إعادة التأهيل معاً بحيث تعتمد على مركبة الشخص ذو الإعاقة في إعادة تأهيل.

2. وضع الأهداف الموجهة والمميزة من خلال عملية مضبوطة.

3. مشاركة المريض المطلوبة للوصول إلى الأهداف.

4. تحديد نتائج التحسن في إمكادات المريض الشخصية.

5. تحديد الحصول الذي يظهر نفس الضعف والعجز والإعاقة.

إن عملية التفاعل فيها تتطلب معرفة المريض كشخص كامل، واستنتاج الأهداف على وجه الشخص من ملامحة ومعرفة حياة المريض، والمدخلات التي تزيد بكل إمكاناته المريض وقدراته تحد الأقصى، ولهذه العملية مكونات متداخلة:

1. تحرى واستثناف المعاناة من المرض والذاء.

2. فهم الشخص الكامل.

3. تحديد الأرضية العامة لمختلطة معالجة الفريق ومطابقة المريض.

4. دمج الوقاية وتعزيز الصحة.

5. تعزيز شكل علاقة المعالجة بين الفريق والمريض.

كـأخذ نظرية واقعية وعملية.

الشروط التسعة لإرادة نجاح فريق إعادة التأهيل للحد الأعظمي:

1. الإخلاص للرسالة.

2. الدور المرسوم بشكل متخصص لكل نظام.

3. انسجام الشارك من قبل كل محرف/اختصاصي في الفريق.

4. الموافقة على القواعد الإجرائية للتتفاعل وعلى تنفيذها.

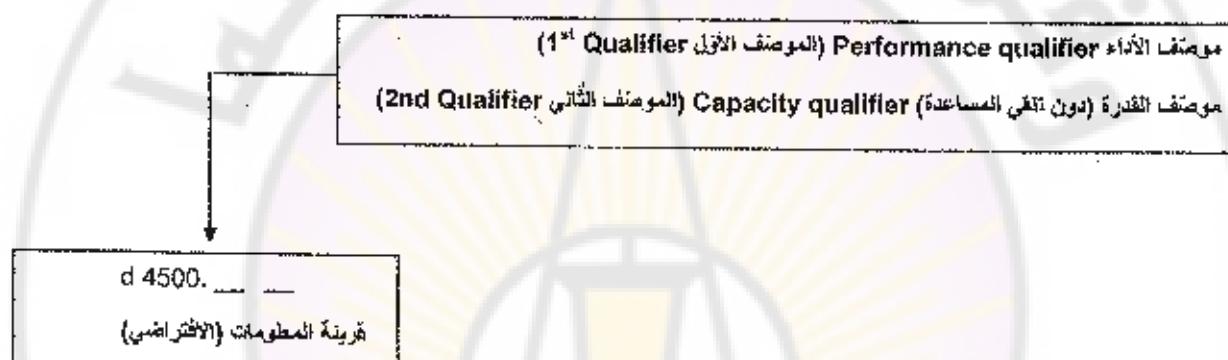
5. التوثيق والتواصل الواسع والفعال.



المثال، يمكن ترميز أداء شخص فقد علبة إفر حادث عمل ويستعين بعكاز للسير ويعاني من صعوبات متوسطة لأن الأرصفة الموجودة في الجوار شديدة الانحدار وذلك سطوح زلقة، بالaramor التالي:

3. 3<sup>rd</sup> Qualifier متوسط في أداء المشي لمسافات قصيرة فيما يتعلق بموقفه القديم وشير هذا الميدان، إلى قدر القدرة على المشي دون مساعدة، ومن أجل تحديد التأثيرات المتعددة للبيئات المختلفة، يمكن إجراء تقييم القدرة في بيئه معارية، يمكن لهذه البيئة المعيارية أن تكون: (1) البيئة الراهنة التي تستخدم عادة في تقييم القدرات ضمن الأطر الاختبارية، أو (2) في حال افتقارها لذلك، يمكن إجراء التقييم في بيئه افتراضية يعتقد بأن تأثيراتها مماثلة، على سبيل المثال، تكون القدرة الحقيقة الشخص المذكور أعلى في المشي دون عكاز وفي بيئه معارية (بيئه ذات سطوح مستوية وغير زلقة) محدودة جداً، لذا، يمكن ترميز قدرة هذا الشخص كما يلي :

3<sup>rd</sup> Qualifier محدودية وخيمة في القدرة على المشي لمسافات قصيرة



#### رابعاً: ترميز العوامل البيئية

تغطي العوامل البيئية من مكونات الجزء الثاني (العوامل الظرفية) للتصنيف، ينبع ترميز العوامل البيئية من مظاهر الشخص الموصوفة حالته، على سبيل المثال، ترميز الأرصفة المنحدرة وغير الممهدة على أنها من الميسرات بالنسبة إلى مستعمل الكراسي المتحركة في حين تصبح من الصعوبات بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بالعمى.

يبين الموصف المدار الذي يمكن أن يلعبه العامل البيئي كميتر أو كمعيق، فيما يلي السليمين العطبي والإيجابي الذين بيان مدار ما يمكن أن يلعبه العامل البيئي في الإعاقة أو التمييز الشخص، اعتماداً على النقطة العصرية بمفرداتها يدل على وجود معيق، في حين تعرّض هذه النقطة بعلامة + يدل على وجود ميسر، متلماً هو مبين أدناه:

xxx.0	لا توجد ميسرات	xxx+0
xxx.1	ميسرات بسيطة	xxx+1
xxx.2	عوائق متوسطة	xxx+2
xxx.3	عوائق وخيمة	xxx+3
xxx.4	عوائق ثانية	xxx+4
xxx.8	عواائق غير محددة	xxx+8
xxx.9	غير قابلة للتطبيق	xxx+9

**ملحق 2: التسليف على مستوى واحد**

**قائمة عناوين فصول التسليف**

**الوظائف الجسمية**

الفصل 1	الوظائف التنفسية
الفصل 2	الأظافر الحسية والالم
الفصل 3	الوظائف الصوتية والكلام
الفصل 4	وظائف الجهاز الوعائي، والجهاز الدموي، والجهاز المناعي، والجهاز التنفسى
الفصل 5	وظائف الجهاز الهضمي وجهاز الاستقلاب (الأيض) وجهاز المعدة الصم
الفصل 6	وظائف الجهاز البولي التناسلي والإنجابي
الفصل 7	وظائف الجهاز العصبي الحركي والوظائف الحركية ذات العلاقة
الفصل 9	وظائف الجلد والبنى المرتبطة به

**البنى الجسمية**

الفصل 1	الجهاز العصبي
الفصل 2	العين والأذن والبنى المرتبطة بهما
الفصل 3	البنى المتعلقة بالصوت وبالكلام
الفصل 4	الجهاز القلبي - الوعائي والجهاز المناعي والجهاز التنفسى
الفصل 5	البنى المرتبطة بالجهاز الهضمي وجهاز الاستقلاب (الأيض) وجهاز المعدة الصم
الفصل 6	البنى المرتبطة بالجهاز البولي التناسلي والجهاز الإنجابي
الفصل 7	البنى المرتبطة بالحركة
الفصل 8	الجلد والبنى المرتبطة به

**الأنشطة والمشاركة**

الفصل 1	التعلم وتطبيق المعرف
الفصل 2	النهم والمعطليات العامة
الفصل 3	التواصل والاتصال
الفصل 4	الحركة والتحريك
الفصل 5	الاهتمام الذاتي
الفصل 6	الحياة المنزلية
الفصل 7	التعاملات الشخصية وال العلاقات مع الغير
الفصل 8	المجالات الأساسية في الحياة
الفصل 9	الحياة المجتمعية والاجتماعية والمدنية

**العوامل البيئية**

الفصل 1	المنتجات والتكنولوجيا
الفصل 2	البيئة الطبيعية والتغيرات المحدثة في البيئة من قبل الإنسان
الفصل 3	الدعم والعلاقات الشخصية
الفصل 4	المواقف والتصورات
الفصل 5	الخدمات والأنظمة والسياسات.

تماشياً مع خصوصية التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقات، وكما تصرح حقل التربية الخاصة استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطعون متابعة متطلبات برامج التربية العادية، كذلك فقد تطورت اختصاصات طبية medical specialties (أهمها الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل) وفروع صحية معاونة وأحياناً تدعى مساعدة paramedical specialties (على رأسها العلاج الفيزيائي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق والعلاج النفسي...) للاستجابة للحاجات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقات. إن المعرفة الأساسية للعاملين في حقل التربية الخاصة بأدوار تلك الاختصاصات الطبية والمهن المساعدة تكون في غاية الأهمية لتحسين الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة.

## أولاً: الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل

### Physical Medicine and Rehabilitation (PMR)

#### التعريف:

إن الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل هو اختصاص طبي يركز على الوقاية والتشخيص والمعالجة غير الجراحية لكافة الاضطرابات المترتبة بالعجز Disability، كما يهتم بالمرضى المصابين باضطرابات عضلية هيكلية، والمصابين بالألم الحاد والمرзق، والمحتجزين خدمات إعادة التأهيل، ويكون اختصاصي الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل قائدًا ومتابعاً لعمل فريق إعادة التأهيل الطبيعي بعناصره المختلفة (المعالج الفيزيائي، والمعالج الوظيفي، ومعالج النطق...).

يوضح الاسم الرسمي لهذا الاختصاص بأنه يتكون من جزأين هامين هما:

- **الطب الفيزيائي:** الذي يعني التشخيص ومعالجة الاضطرابات العضلية الهيكличية وذلك باستعمال الأدوية والوسائل الفيزيائية والإجراءات التداخلية والتمارين العلاجية وغيرها.
- **إعادة التأهيل:** وهي عملية استعادة الشخص المصاب بالعجز "لإمكاناته وقراره المقصوى" ثانية، من خلال تطبيق سادتين وتقنيات إعادة التأهيل المختلفة.

#### الرؤية والرسالة:

لقد أُيّم PMR بشكل أساسي بأنه "الاختصاص الطبي الذي يهتم بنوعية الحياة Quality Of Life" وذلك يعود لهذه الأسباب المتخصص استعادة وظيفة المريض الأساسية في كل مجالات الحياة، بما فيها المجالات الطبية والاجتماعية والعاطفية والمهنية. إن اختصاص الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل يكافح لتعزيز نوعية حياة الشخص والتحسين الوظيفي له من خلال العمل ضمن فريق إعادة التأهيل، وبذلك يستطيع الطبيب الفيزيائي وإعادة التأهيل أن يتم رسالته الدبلية عن طريق مزج أفضل الطرق الطبية التقليدية (وهي إضافة سنوات لحياة المريض) مع الوظيفة النموذجية (وهي إضافة حياة لسنين للمريض).

#### ميزانياً ممارسة الدـ PMR:

١. نادرًا ما يعمل الطبيب لوحده، إذ أنه يعمل كجزء من فريق منضبط، ولكن أعضاء الفريق خيرة متفاوتة، مما يجعل الواحد متsuma للآخر عند مواجهة حاجات المريض، كما أن الطبيب الفيزيائي يكون قائداً للفريق حيث يعمل كمنسق للجهود المشتركة لفائدة عناصر الفريق.

## **تطبيقات التصنيف الدولي للأداء الوظائف والعجز والصحة (ICF):**

يستخدم التصنيف لعدة أغراض منها:

1. كأداة إحصائية - لجمع المعلومات وتسجيلها (في الدراسات وأدبيات السكانية أو في نظام إدارة المعلومات)؛
2. كأداة للبحث - تصلح لقياس النتائج، وجودة الحياة أو العوامل البيئية؛
3. كأداة سريرية - تصلح لتحديد الحاجات، واختيار المعالجة المناسبة، ولتقييم والتأهيل، المهني، وتقييم النتائج؛
4. كأداة لرسم السياسات الاجتماعية وتصميمها وتنفيذها - كتخطيط سياسة الضمان الاجتماعي؛
5. كأداة للتقطيع - كتصنيم المناهج، ورفع الوعي، والقيام بالأنشطة الاجتماعية.

## **تقديم التصنيف الدولي للأداء الوظائف والعجز والصحة ICF:**

صدر التصنيف بعدة نسخ هي:

1. النسخة الكاملة الا ICF ، وهي تقدم تصنيفاً مفصلاً على أربعة مستويات.
2. والنسخة المختصرة الا ICF-Short Version تصور نظام التصنيف ليشمل المبادين بالمستوى الثاني فقط.
3. ونسخة الأطفال والشباب الا ICF-CY، تشمل معلومات أكثر تفصيلاً حول تطبيقات الا ICF عند الأطفال والشباب دون عمر الـ 18.

## **هيكل وتبسيب التصنيف الدولي للأداء الوظائف والعجز والصحة ICF:**

(كما هو مفصل بالشكل المرفق بالملحق)

يتالف التصنيف من جزئين Parts يحتوي كل منها على مكونين Components اثنين:

الجزء 1: تأدية الوظائف والعجز:

((ا) الوظائف والبني الجسمية،

((ب) الأنشطة والمشاركات.

الجزء 2: العوامل الظرفية:

((ا) العوامل البيئية،

((ب) العوامل الشخصية.

يمكن التعبير عن كل هذه المكونات باستخدام مصطلحات إيجابية أو سلبية.

يتالف كل مكون من عدة مبادين Domains (تمثل الفصول الرئيسية ضمن الأداء الوظيفي الجسدية، والبني الجسمية، والأنشطة والمشاركات، والعوامل البيئية)، ويتالف المبادين بدورها من عدة فئات Categories (تصنيف رئيسية وأخرى فرعية classes) وهي وحدات التصنيف،

يمكن تسجيل الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة باختيار رموز اللغة المناسبة وأصناف الموصفات Qualifiers، وهذه جميعاً رومايز رقمية تبين مقدار أو حجم تأدية الوظائف أو العجز ضمن فئة معينة، أو مدى الدور الذي يمثله العامل البني كمبين Facilitator أو عائق Barrier.

المصطلحات المستخدمة في التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة (ICF):

الرفاهية-العافية Well-being: مصطلح عام يشمل مبادين الحياة البشرية بأكملها، ويشتمل على الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية التي تكون ما يمكن أن نسميه "الحياة الطيبة life good". تعتبر المبادين الصحية مجموعة من المبادين المتفرعة من تلك التي تكون عالم الحياة البشرية بمجمله. يوضح الشكل هذه العلاقة:



٦) المقارنة العلمية لمشاكل المريضين.

٧) الأهداف المحددة بشكل واضح والمقابلة للقياس.

٨) معرفة عمل عملية المجموعة.

٩) الإجراءات الملائمة لابلوغ الاجتماع وصنع القرار.

مرويٌّ عن عملية إعادة التأهيل:

المرحلة الأولى / (التقييم / evaluation): تتمثل، بعمادة تداخلات الحياة الشخصية للمريضين، إضافةً لتدخلات الوظيفة والاستجمامية، به قياس التأثيرات، المستقلة للعجز (الضعف، والانحطاط، والمعانقة) على، الشخص.

المرحلة الثانية / (المعالجة / treatment): تشدد على المعالجة تكبح العصبية الفيزولوجية المرضية المسببة للأذى التسيبجية.

المرحلة الثالثة / (التمارين العلاجية / therapeutic exercise): تركز على تعزيز أداء العضو.

المرحلة الرابعة / IV (إعداد اكتساب الدقة / task reacquisition): تشدد على تغيرات تكيف الشخص الكلية.

المرحلة الخامسة / (التعديل الوظيفي / environmental modification): توجه الجهد باتجاه تعزيز البيئة (الفيزيائية والتفسية والاجتماعية والسياسية) لإنفاس الأعاقات.

### التقييم الوظيفي وتحليل الحصول:

”بوضوح وصرامة، لا يمكن أن تكون محاكمة الشخص أفضل من المعلومة التي اعتمد عليها“

”Obviously, a man's judgment cannot be better than the information on which he has to base it.“

A.H.Sulzberger

أهمية التقييم الوظيفي والنتائج أو الحصول:

إن برامج إعادة التأهيل هي جهود مكلفة الحد من سترفي النسبة ضمن فريق إعادة التأهيل، وهذه الجهود مكلفة نسبياً، مما يحتم توسيع فعالية الكلفة Cost-Effective (أو ما يدعى بالجذري) لهذه الخدمات، وبشكل موضوعي، وبلغ هذا الهدف، يجب أن تكون قادرون على قياس التحسن بالوظيفة (التقييم الوظيفي functional assessment) مع مرور الوقت كنتيجة لتدخلات إعادة التأهيل (الحصول الوظيفي functional outcome).

يكون الهدف من تدخلات إعادة التأهيل هو زيادة الاستقلالية الوظيفية للحد الأقصى ليكون الشخص قادرًا على تأدية الوظيفة دون الحاجة لمساعدة الآخرين، أو يأكل مساعدة ممكنة. وذلك تتحقق نوعية الحياة اليومية للشخص من خلال تعزيز الاستقلالية الشخصية وتقدير الحاجة لمساعدة، عن طريق إيقاف عبء الرعاية burden of care التي يمكن أن تكون مكلفة، وبذلك فإن توظيف المال في خدمات إعادة التأهيل يثبت بأنه كلية فعالة على المدى الطويل.

### تعريف التقييم الوظيفي:

وفقاً لـ Lawgab يتضمن التقييم الوظيفي: ”أي محاولة دلالمية لقياس وبشكل عمومي المستوى الذي يكون عنده الشخص وظيفياً، بار من المجالات المختلفة مثل الصحة الفизية، والعلمية الذاتية، والفعالية الوظيفية، والحالة الفكرية، والفعالية الاجتماعية، وال موقف من العالم ومن الذات، والحالة العاطفية.“

### تطبيقات التقييم الوظيفي:

في بيته إعادة التأهيل، يتم تطبيق التقييم الوظيفي بشكل تمويжи لقياس ما يقوم به الشخص لنفسه، وبشكل أكثر شيوعاً بالرعايا الذاتية (أداء النشاطات، العوائية اليومية ADLs) والتحركية Mobility، كما تتضمن التواهي الأخرى من الوظيفة التي يتم تقييمها بشكل متعدد

مهارات تدبير المنزل Home Making (مثل تنظيف والتقطيف، وضلال الأبوة)، والمهارات المتصلة بالحياة الاجتماعية (مثل استعمال الهاتف، وتسيير دفتر الشيكات، والتسوق).

يمكن التقييم الوظيفي من "المقياس" المختبر ومقياس الخسارة الوظيفية، والذي يدوره يساهم في تطوير إعادة التأهيل المناسبة والفعالة لكل حالة على حدة.

إن أهم مهارات العناية الذاتية self care المتضمنة في النشاطات الحياتية اليومية ADL هي: الأكل، والتزين (مثل تنظيف الأسنان بالفرشاة، تمشيط الشعر، الحلاقة، تلبيق السكرياج)، والعمام، واللباس، والنظافة الشخصية (المرحاض)، ويمكن تقسيم العمام واللباس إلى تدبير القسم العلوي من الجسم والقسم السفلي من الجسم.

أما التحركية Mobility فلها أنواع متعددة يمكن قياسها، وتتضمن التحركية بالسرير bed mobility: الجلوس المتضمن بالفرارى والاستلقاء بالفرارى بالإضافة للدوران والتقلب من جانب لجانب، بينما يشير التنقل transfers: إلى الحركة بين مستويين كالسرير والمكتسي (أو الكرسي المدولب) والمرحاض وحوش الاستحمام، إن التنقل بالوقوف من سرير الجلوس stand pivot sit transfers أو الأكثر شيوعاً، لكن في الأشخاص الذين لديهم ضعف بالطرفين المعاولين فإنه يمكن استعمال طريقة التقلل بالازلaci الجانبي side slide مع أو بدون لوح الازلaci transfers.

يوجد أشكال أخرى من التحركية تتضمن دفع الكرسي المدولب (تحركية الكرسي المدولب wheelchair mobility) والمطي الحيني (التجول ambulation)، بالإضافة لتجاوز الدرج والحواجز والسطح غير المستوية (مثل المشي الجانبي، والمشي بالمنحدرات، وعنى طريق الحصى، وفي المراعي).

معظم مقاييس التقييم الوظيفي تتضمن مؤشرًا على مستوى الوظيفة، أو درجة المساعدة التي يحتاجها لإتمام النشاط أو المهمة المحددة، وبعدها يكون يتم استخدام المصطلحات التالية:

- \* الشخص المستقل independent هو الشخص قادر على إتمام المهمة أو النشاط بدون مساعدة خارجية.
  - \* أما الشخص المستقل مع التعديل modified independence فهو الذي يحتاج لوسيلة مساعدة (مثل العصا أو الموصل طوال القبضة long-handled reacher) أو يحتاج لوقت أطول بـ 2-3 مرات من المتوقع لأداء المهمة أو لأن الفعالية المستقلة قد تضرن الأمان لي بعض الخطرا.
  - \* والشخص الذي يدير النشاط مع مراقبة with supervision هو الذي يحتاج لثقلين شفهي، أو ملاحظة وتشجيع، أو إطلاع صحيحة وإيمان، لكن بدون تمازن فيه تعالى.
  - \* والشخص الذي يحتاج لمساعدة هيزيائية physical assistance (أي معتمد dependence) فهو الذي يحتاج وجود شخص آخر معه لمساعدته في أداء النشاط وتترجع هذه المساعدة من حماية بالتصاص (الucus للتزان فقط) إلى مساعدة صغرى ومتوسطة أو عظيم أو تامة أي معتمداً بشكل كامل على الغير وذلك وفقاً على كمية المساعدة المطلوبة.
- ما سبق ينطبق على مختلف الوظائف بما فيها وظيفة الإدراك أو المعرفة، فقد تكون الحاجة للمساعدة بشكل ثانٍ أو ثالٍ التوجيه، لقد تم تطوير مقاييس لمجالات وظيفية أخرى غير الوظيفة هيزيائية، متضمنة الوظيفة العقلية mental functioning (الحالة المعرفية، أو العاطفية، أو الهدىج)، والوظيفة الاجتماعية social functioning (الاتصال الاجتماعي وشكل العلاقات، والدور الاجتماعي، والفعاليات)، ونوعية الحياة اليومية quality of daily living، لقد أجريت محاولات متعددة لدمج مجالات متعددة في مقياس شاملة ومتعددة المجالات، كما تم تطوير مقاييس مركبة (وحدة المجال) مثل الحبسة.

إن فريق إعادة التأهيل يحتاج لقياس الوظيفة، لا لوصفها فقط، إذ أن نظام المقاييس المعارية يدخل تحسينات على ملاحظة الطبيب واليعرف الشخصي ويوفر معلومات منتظمة بتصنيف مفيد لصنع القرار السريري. تستطيع مقاييس التقييم الوظيفي توفير الخط القاعدي **baseline** مقابل تغيرات الوظيفة التي يمكن اكتشافها ومناظرتها مع الوقت. هذه المعلومات قد تكون مفيدة بتحديد فعالية التدخلات الخاصة (مثل الأدوية، المقرمات، المعالجة).

لكن، ولسوء الحظ، فإنه لا يوجد وسيلة تقييم مفردة تستطيع قياس كل شيء يمكن أن يكون ضرورياً أو مهمًا من الناحية السريرية. لقد تطيرت مقاييس متعددة لأغراض نوعية أو في مكان خاص لكن لم تعمل لأماكن أو لأغراض أخرى. عموماً فإن الوسيلة الأكثر شمولية تكون أكثر إزعاجاً وعبئاً حيث: تحتاج لوقت أكثر ليتربّع عليها الطبيب ليغيرها بشكل مناسب، وتستغرق وقتاً أطول للإتمام (والتحليل). فيما إن لكل مقاييس التقييم الوظيفي محددات لاستعمالاتها وتقديراتها الخاصة، يكون من الهام أولاً إن تقرر ماذا تريد أن تقيم ولماذا، وبعد ذلك يمكن استعمال التقييم الوظيفي لتحديد نوع المعالجة أو المدخلة الموصوفة، والتقييم فعالية وكفاية المعالجة، ولمراقبة المرضى خلال المستويات المختلفة من الرعاية لأغراض تدبير الحالة، ولتحديد مصادر المعالجة المحتاجة، بالإضافة للمساعدة بتحسين نوعية وبرنامجه تقييم الأهداف.

#### أهم مواصفات مقاييس التقييم الوظيفي المثلث:

إن المتغيرات الأكثر أهمية بالمقاييس والتي يجب أن تعتبر بالدرجة الأولى تتضمن:

1. شرعية Validity للمقياس: درجة قياسه الحقيقي للمطلوب قياسه.
2. إمكانية التعمير على المقياس Reliability: مدى الاعتماد عليه والوثيق به بقياس نفس الأشياء وبكل الأوقات.
3. حساسية المقياس للتغيرات Sensitivity to Changes: اكتشاف وقياس ومناظرة تغيرات هامة ضرورياً بالقدرة الوظيفية.

#### المشكلات الممكنة مع استخدام مقاييس التقييم الوظيفي:

هناك مسائل متعددة يمكن أن تؤثر على استعمال وتقدير وسائل التقييم الوظيفي، اعتماداً على طريقة (إعادة الاختبار، فإن المقياس يمكن أن يعكس قدرة المريض على إنجاز المهام، أكثر مما يمكن أنباء الحقيقي أو الغطى). إن التباين بين الأداء والمقدرة، غالباً ما يحدث كنتيجة لضعف الدافع، أو الاكتئاب، أو ضعف الإدراك أو الأمراض الأخرى المؤثرة.

#### أهم مقاييس التقييم الوظيفي الشائعة:

1. مقياس الاستقلال الوظيفي (FIM): Functional Independence Measure  
يتكون من 18 موضوع من الوظيفة مرتبة تحت العارفين: العناية الذاتية، والسيطرة على المصادر، والتحريكية، والتقلل، والتواصل، وال المجالات الاجتماعية/الثقافية، مع كون كل موضوع يترافق على المقياس من 1 (مستقل) وحتى 7 (محتمد). وهي الأكثر شيوعاً للاستخدام كمقاييس وظيفي في إعادة التأهيل الطبي منذ عقد.

2. موجز اليكسس PULSES Profile (1957-1979):  
هو مقاييس ذهني يقدم قياساً للأداء الوظيفي العام، متضمناً التحركية وإمكانية العناية الذاتية، بالإضافة للحالة الذهنية والمعامل النفسية. يرتبط المقياس بالحالة الفيزائية (P)، والطرفين العلوبيين (U)، للطرفين السفليين (L)، وجملة الحسن (S)، (البصر والكلام والسمع)، وقد يشير إلى الإفراغ (E)، والحالة النفسية (S)، مع علامات تتراوح من 6 (استقلال كامل، مستقر طبي) وحتى 24 (معتمد، يتطلب رعاية طبية/شرب قضية مكثفة).

3. محار كاتز للتناميات الحياتية اليومية Katz index of ADL (1963):

تطور من دراسات مرضي الشيخوخة المصابين، بمختلف أنواع العجز، إنما يعتبر ستة نشاطات حياتية يومية ADL هي: الحمام، واللباس، والمرحاض، والتنقل، والمحضر (الاستساك)، والطعام. تصنف كل ناحية بانها مستقلة أم لا، مع الحالة الروظيفية المتردجة من A (مستقل بشكل كامل) حتى G (محتاج بشكل كامل).

4. تقييم الرعاية الذاتية لكتني Kenny Self Care Evaluation (Kenny 1965):

يصنف المرضي من 0 (محتاج) وحتى 4 (مستقل) في ستة مجموعات من الرعاية الذاتية هي: النشاطات بالسرير، والانتقال، والتنقل، واللباس، والعناية بالنظافة الشخصية، والطعام. مع علامة تدرج من 1 إلى 24، إن هذا المقياس يعنى واحداً من أكثر المقاييس حساسية للتغيرات في الإمكانية الوظيفية.

5. معيار بارثيل Barthel Index (Barthel 1965):

يصنف خمسة وجوه من الوظيفة، مستعملة موازين مختلفة تسبباً لكل متغير بالاعتماد على الخبرة السريرية للقائم، مع علامات تتدرج من 0 (محتاج كلياً) حتى 100 (مستقل كلياً). تم تعديل نسخ معدلة من المعيار، وجميعها أظهرت درجة عالية من الترجيعية والتغويل والحساسية للتغيرات الوظيفية مع مرور الوقت.

# الخدمات الصحية في التربية الخاصة

## العلاج الفيزيائي (PT)

د.أسعد المعد

### التعريف:

إن العلاج الفيزيائي (Physical therapy or physiotherapy) والذي غالباً ما يختصر بـ PT، هو مهنة صحية تهتم بشكل أساسي بمعالجة المضعف والعجز impairments and disabilities وتنزيل التحركية والإمكانات الوظيفية وتنوعية الحياة والقدرات الحركية الكامنة من خلال التحصص والتقييم وتحديد التدخلات الفيزيائية المجرأة من قبل المعالج الفيزيائي والذي يعرف بـ physical therapist وببعض البلدان physicaltherapists وبالحالتين يختصر بـ PTA والمعالج الفيزيائي المساعد physical therapist assistants والذي يشار له بالاختصار PTA.

إضافةً للممارسة السريرية، تشمل مهنة المعالجة الفيزيائية أحياناً البحث العلمي research والتعليم education والاستشارة consultation والإدارة administration.

إن التعاريف ومتطلبات الترخيص تختلف من دولة لأخرى، حتى في الولايات المتحدة الأمريكية تختلف بين سلطات الولايات المختلفة وكل ولاية قانون ممارسة العلاج الفيزيائي الخاص فيها محدداً الهيئة ضمن القانون، إلا أن الجمعية الأمريكية للعلاج الفيزيائي (APTA) American Physical Therapy Association هي أيضاً لائحة مسجلة تعريف تمييزية كي تحدد هذا الاختلاف وهذه الجمعية مسؤولة أيضاً عن اعتماد متاهج تعليم المعالجة الفيزيالية في الولايات المتحدة الأمريكية.

في أغلب الحالات وبالعديد من المراكز يتم تقديم خدمات المعالجة الفيزيائية جنباً إلى جنب أو بالتزامن مع خدمات التأهيل الطبية الأخرى.

### المدخل:

تتضمن المعالجة الفيزيائية الشارك بين المعالج الفيزيائي والمرضى ومحترفي الرعاية الصحية الأخرى والعائلة ومقدمي الرعاية والمجتمعات في عملية تناولية تشمل تقييم الحركة الكامنة وتحديدها ووضع الأهداف المناسبة للمرضى. يتم إجراء العلاج الفيزيائي من قبل المعالج الفيزيائي وأحياناً يتم تقديم الخدمات من قبل مساعد المعالج الفيزيائي الذي يعمل تحت الإشراف.

غالباً ما يعمل المعالج الفيزيائي والمعالج الوظيفي معاً أثناء تقديم خدمات العلاج الفيزيائي للمرضى، وفي بعض الحالات يقدم فني العلاج الفيزيائي خدمات العلاج الفيزيائي. إن المعالجون الفيزيائيون هم محترفي رعاية صحية يقومون بتقييم ومساعدة الأشخاص بكل الأعمار منذ الولادة وحتى الشيخوخة، الذين لديهم مشاكل طبية أو حالات متعلقة بالصحة أو أمراض أو اثنيات يمكن أن تحدد كرامهم الحركية والقيام بالتدخلات الوظيفية.

يستخدم المعالجون الفيزيائيون النصي الشخصي والتحصص الفيزيائي للوصول لتحديد المشاكل وبالتالي تحديد خطة المعالجة والتدخلات.

وتتضمن العلاج الفيزيائي بشكل شائع التمارين الفلاحية النوعية والمعالجة اليدوية والتقويف والتحريك والمدخلات الأخرى. بالإضافة لما يسبق، يصل المعالجون الفيزيائيون إلى إلقاء من عوائق نفس التحركية قبل حدوثها من خلال تطوير اللياقة والبرامج الموجهة للصحة العامة للمحافظة على نمط حياة نشيط وصحي، وتقييم الخدمات للأشخاص للمحافظة واستعادة الحركة الأعظمية والقدرات الوظيفية مدى الحياة، وهذا يتضمن تقديم المخدمة في الحالة التي تكون فيها الحركة والوظيفة معرضة للتآثر بسبب التقدم بالعمر أو الآفات أو العوامل البيئية. إن الحركة الوظيفية هي الأساسية والمركبة بكل تداخلات التأثير بما فيها التداخلات الفيزيائية للمحافظة على الصحة. يمارس المعالج الفيزيائي عمله في العديد من المراكز المختلفة، منها العادات الخارجية وعيادات الصحة العامة ومراكز التأهيل الداخلية ومراكز رعاية المسنين ومراكز الرعاية الطارئة للأم والأمن والمنازل ومراكز البحث العلمي والتعليم والمشافي والمراكز الصناعية والمهنية ومراكز اللياقة والرياضة... كما يمارس المعالج الفيزيائي دوراً بالرعاية غير الصحية مثل المشاركة في وضع السياسات الصحية والتأمين الصحي وإدارة الرعاية الصحية. ويمكن أن يعمل في حقل التشريع الصحي مثل تقديم الخبرة وإنجاز لمحوص الاستقلالية. متطلبات وأهلية التعليم تكون مختلفة بشكل هام بين البلدان. يتراوح التعليم في بعض البلدان من تعليم رسمي بمدحى وحتى يصل في بلدان أخرى لندرة الدكتوراه والزمالة. نظراً لكون المعرفة المطلوبة من المعالج الفيزيائي تكون كبيرة وواسعة المجالات، فإن بعض المحالجين الفيزيائيين يفضلون التخصص ببعض التفاصيل المعرفية النوعية، ورغم وجود أقسام عديدة مختلفة من العلاج الفيزيائي إلا أن الهيئة الأمريكية لتخصصات العلاج الفيزيائي American Board of Physical Therapy Specialties قد حددت التخصصات أهمها: العلاج الفيزيائي للرياضيين، والعلاج الفيزيائي القلبي التنفسى، والعلاج الفيزيائي للشيخوخة، والعلاج الفيزيائي للأمراض العصبية، والعلاج الفيزيائي للإصابات اليدوية والعضمية، والعلاج الفيزيائي للأطفال.

#### **تاريخ تطور المهنة:**

يعتقد أن الأطباء الأوائل مثل إبومرات ويعده غالينوس هم من أوائل من وصف المعالجة الفيزيائية وأبدوا بشدة استعمال التدليك وتقنيات العلاج اليدوي والمعالجة المائية لمعالجة المرضى منذ العام 160 ق.م. بعد ظهور إجراءات الجراحة العظمية في القرن الثامن عشر تغيرت آلات عديدة رياضية لمعالجة بعض الأمراض بالتمارين العلاجية للمناطق، وهي تشبه الآلات المستخدمة لاحقاً بالعلاج الفيزيائي. إن أول مصدر موثق فعلي للمعالجة الفيزيائية كعمل احتفافي تعود بالتاريخ لمير هيرريك لينج Per Henrik Ling وهو الملقب بـأبو الألعاب الرياضية السويدية حيث أسس المعهد الملكي للألعاب الرياضية Royal Central Institute of Gymnastics (RCIG) في العام 1813م ويستخدم فيه التدليك والتحريك اليدوي والتمارين. إن الكلمة السويدية للمعالجة الفيزيائية هي *strikgymnast* والتي تعني خضرع الشخص للألعاب الرياضية لكنه مريضاً. بالعام 1887م تم قبول المعالجة الفيزيائية بشكل رسمي من قبل الهيئة الوطنية السويدية للصحة والرعاية Sweden's National Board of Health and Welfare، تبعتها سريعاً البلدان الأخرى حيث قامت أربع ممرضات في بريطانيا بتاسيس الجمعية المجازة للعلاج الفيزيائي.

تعود كلية المعالجة الفيزيائية في جامعة أوتاغو في نيوزيلندا للعام 1913م وكلية ريد في الولايات المتحدة الأمريكية للعام 1914م في بورتلاند، حيث منحت الطلاب الشهادة المتسلسلة لأول مرة.

يعود تأسيس العلاج الفيزيائي في بريطانيا لآخر القرن التاسع عشر، حيث بدأ جراحو العظامية بمعالجة الأطفال المصابين بالعجز وبدورها بتوظيف النساء المدربات بالتنقيف الفيزيائي والتدليك والتمارين العلاجية، هذه المعالجات طبقت وتعززت لاحقاً خلال ثوب الحرب بالعام 1916م.

خلال الحرب العالمية الأولى تطوعت النساء للعمل لاستعادة الوظيفة الفيزيائية للجنود المصابين وقد تم تأسيس حقل المعالجة الفيزيائية، تم استعمال مصطلح "تعاون استعادة البناء Reconstruction Aide" لظهور إلى الأشخاص الممارسين للمعالجة الفيزيائية، تم تأسيس المدرسة الأولى للعلاج الفيزيائي في مستشفى للخدمات الطبية العسكرية في واشنطن بعد ثوب الحرب العالمية الأولى.

لقد حفظت الأبحاث على تطور المعالجة الفيزيائية، وقد كان البحث العلمي الأول بالمعالجة الفيزيائية قد نشر في الولايات المتحدة الأمريكية في آذار 1921م وكان يعنوان مراجعة للعلاج الفيزيائي "The PT Review". وبنفس العام أسمت ماري مالك ميلان في الولايات المتحدة أول جمعية متخصصة دعيت بالجمعية الأمريكية لميدات المعالجة الفيزيائية (التي مهدت لتأسيس الجمعية الأمريكية للعلاج الفيزيائي American Physical Therapy Association (APTA) والمسؤولة حالياً عن حوالي 76000 عضو في أرجاء الولايات المتحدة لقد عرفت الجمعية مهنة العلاج الفيزيائي بأدائها:

"التطبيقات السريرية لاستعادة الوظيفة الفيزيائية المثلث والمaintenance عليها وتعزيزها"  
"clinical applications in the restoration, maintenance, and promotion of optimal physical function."

في العام 1924م شجعت مؤسسة بنجع الحسن الجورجية Georgia Warm Springs Foundation هذا الحقل من خلال إعلان المعالجة الفيزيائية كخط من خطوط معالجة طفل الأطفال.

المعالجة في الأربعينيات اعتمدت بشكل رئيسي على التمارين والتدليك خاصة في بدان رابطة الشعوب البريطانية في بدايات الخمسينيات، بعد عقد من الزمن بدأ المعالجون الفيزيائيون بممارسة عملهم بصفة العمل بالمشافي إلى العمل في العيادات العظمية ومراكز الرعاية الصحية في الجامعات الحكومية ومرافق رعاية المسنين ومرافق إعادة التأهيل والمراكز الطبية الأخرى.

لقد بدأ الشخص في المعالجة الفيزيائية بالولايات المتحدة بالعام 1974م بحصول العلاج الفيزيائي للجراحة العظمية، وفي نفس العام تم تأسيس الاتحاد الدولي للمعالجين الفيزيائيين العاملين في بالشريك البوري للإصابات العظمية International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists و الذي لا زال له دوراً هاماً في تقدم المعالجة البورية في العالم.

#### المتعلّم:

تحتّل المعايير التعليمية للعلاج الفيزيائي بشكل كبير بين ولاية وأخرى في أمريكا وكذلك بين البلدان المختلفة. غالباً الولايات في أمريكا لديها قسول ممارسة المعالجة الفيزيائية المنظمة في شكلين هما المعالجين الفيزيائيين physical therapist assistants (PTA) والمساعدين بالمعالجة الفيزيائية (PT) physical therapist assistants، وفي بعض الولايات يتوفّر فصول فني العلاج الفيزيائي (PT Techs) أو physical therapy technicians.

### **المعالج الفيزيائي (PT) Physical Therapist or Physiotherapist (PT)**

إن ممارس العلاج الفيزيائي الأساسي هو المعالج الفيزيائي (PT) Physical Therapist والذي يتم تدريبه لفحص وتقدير ومعالجة المسعف، والتحديقات الوظيفية والعجز لدى المرضى. حالياً، معظم مناهج تعليم المعالجة الفيزيائية في الولايات المتحدة تمنح بذرتها درجة الدكتوراه في المعالجة الفيزيائية (DPT) Doctor of Physical Therapy إلا أن العديد من ممارس المعالجة الفيزيائية يكتون بدرجة الماجستير في العلاج الفيزيائي Master of Physical Therapy. والغالبية العظمى منهم يكتون بدرجة البكالوريوس أو الإجازة بالمعالجة الفيزيائية Bachelor's degree. إن الاتحاد العالمي للمعالجة الفيزيائية (WCPT) World Confederation of Physical Therapy يؤكد وجود اختلاف هام في بيات تعليم المعالجين الفيزيائيين في العالم سواء من الناحية الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية أو الجامعية. لذلك أوصي الاتحاد العالمي للمعالجة الفيزيائية WCPT المعالجين الفيزيائيين بالحضور لبرامج تعليمية جامعية أو دراسية بمستوى جامعي وذلك على الأقل لأربع متوافات كي يكون مجازاً رسمياً عالمياً كمحترف يعمل بشكل قانوني. يعترف الاتحاد WCPT بوجود اختلافات وتنوع كبير في برامج التخرج ومؤهلات القبول أصلأ بما فيها الدرجة الجامعية الأولى (الإجازة أو البكالوريوس أو معادلاتها) Bachelors/Baccalaureate/Licensed or (equivalent)، ومؤهلات درجة الماجستير والدكتوراه. إن أي برنامج يجب أن يوفر منهاج يمكن المعالج الفيزيائي من الحصول على المعرفة والمهارة والخصائص الموسومة في أدلة المناهج. يزهل التعليم المنهجي المعالج الفيزيائي لكن، ممارساً للخدمة يملك ملابس، قادراً على العمل بالتعاون مع فرقه التأهيل الصحي.

الجنة المعتمدة لتعليم المعالجة الفيزيائية في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل لجنة اعتماد المناهج في الولايات المتحدة الأمريكية Commission on Accreditation in Physical Therapy Education (CAPTE)

ويتضمن منهاج تعليم مهنة العلاج الفيزيائي الخيرات المعرفية للعلوم المترتبة المتعلقة (مثل، الحالات الفيزيائية والنفسية والعذبة والاستقلابية والهضمية والبوليية والعضلية الهركيلية والجراحية التي يمكن مشاهدتها المحاجع الفيزيائي

إن من يحصل على درجة المعلم التيريزاني (الجازة أو البكالوريوس أو معادلاتها) يتضمن:  
١. الشخص لتحديد حالات المرضى الذين يحتاجون لفحص إضافي أو استشارة أو الإحالة لمختاري الرعاية  
الصحية الآخرين.

2. الفحص: من خلال فحص المرضى للحصول على القصبة، واستطلاع الأجهزة الأخرى، وإجراء الفحص الفموي من خلال اختبار الفحوص، والمتلازمات المتباعدة للكائنات، حالة عدم مرض.

تشمل التعرض والمتاعزات كل من: فحص المعانة الهاوية والتحمل، وفحص المدى الحركي للمفاصل؛ والقدرة العضلية، والتوصاف والأدوات المساعدة، والدوران النموي بالأنفاس، وعلامة الأعصاب الفحصية والمحبطة، والمعيقات البيئية سواء بالمنزل أو العمل، وحركة الجسم المختلفة، والمشي والتوازن، وسلامة تحريك المفاصل، ووظيفة العضلات، والأداء العضلي، والتطور الحركي العصبي والمداعم الحسي، ووسائل التقويم والحماية والمداعم، والألم، والوضعية، ومتطلبات البذلة الصناعية، سلامة المنعكشات، وتدبر النشاطات الحياتية اليومية والمنزل، وسلامة الحس، والتبدل الغذائي والتغذى، والعمل، وعودة الاندماج بالمجتمع، وعلامة أداء اليدين.

3. التقييم: من خلال تقييم المعلومات (من التقصية واستطلاع الأجهزة، والفحوص والمتاورات) لصنع المحاكمة المرضية المفيدة للمريض.
4. تحديد المشاكل: التي تقود عملية تدبير المريض.
5. الإنذار: تحديد الإنذار الحالات المختلفة.
6. خطة الرعاية: يتم وضع خطة الرعاية بالتعاون مع المريض وعائلته ومحترفي الرعاية الآخرون وذلك بإشراف طبي كي تكون الخطة مقبولة واقعية وتعتمد على حاجات المريض.
7. التدخلات: وتشمل بداخلها المعالجة الفيزيائية للوصول إلى الأهداف والحصل. تشمل التدخلات: التمارين العلاجية، والتدريب الوظيفي للرعاية الثانية وتغيير المنزل، والتدريب الوظيفي بالعمل والمجتمع وأداء الهرابيات والدمج ووحدة المجتمع بالمجتمع، تقنيات المعالجة البيوية بما فيها التحرير اليدوي، ووصف وتطبيق وتدريب استخدام الأدوات المساعدة، ووسائل المعالجة الكهربائية المختلفة، وتقنيات العصبية واستئنادة وظيفة المغاسل.
8. توفير وسائل التثقيف، للمريض وذويه للوصول إلى الأهداف والحصل.
9. تعزيز الصحة والعافية والوقاية واللياقة: توفير المكون التقنيي لخدمات المعالجة الفيزيائية سواء للأفراد أو الجماعيات، وتطبيق مبادئ الوقاية للمجموعات السكانية المحددة كالمسلين.
10. إتمام الطالب برنامج الحصول على شهادة الماجستير والنجاح به يكون مطلوباً أيضاً للحصول على الدرجة.
11. إتمام الطالب برنامج الحصول على شهادة الدكتوراه والنجاح به يكون مطلوباً أيضاً للحصول على الدرجة، في بلدان أخرى مثل كندا: يكون مطلوباً ليصبح الشخص معالجاً فيزيائياً الحصول على دبلوم في العلوم الصحية في بلدان أخرى مثل سلطنة عمان، أو تقنيات المعالجة الفيزيائية والتي تستغرق ثلاثة سنوات على الأقل، وذلك من خلال تطبيق برامج المعالجة الفيزيائية في الجامعة، بعدها يكون الطالب حاملاً لعلوم العلاج الفيزيائي، خال bachelier (B.Sc) of science يتطلب عادة إتمام ثلاثة سنوات ومن ثم يحصل على الدرجة الجامعية لإتمام الماجستير في المعالجة الفيزيائية والتي تتطلب عادة من ستة إلى سنتين من الدراسة، إن الخريج الحصول على شهادة الماجستير M.Sc يجب أن يتجاوز بنجاح فحص العضوية ليصبح معالج فيزيائي مجاز.

#### **مساعد المعالج الفيزيائي (Physical Therapy Assistant (PTA)**

يمكن للمعالج الفيزيائي المساعد أن ينجز المعالجة والتداخلات للمريض وفق خطة الرعاية الصحية وتحت إشراف ورقابة المعالج الفيزيائي، إن المعالج الفيزيائي المساعد في الولايات المتحدة يتم تكريبه وفق منهاج للعلوم التطبيقية نوعي للمهترفين ومحترفي عليه من قبل CAPTE، يتم تطبيق البرنامج خلال عامين (درجة المساعد). يشتمل المنهج المقترن الحصول على درجة المساعد في العلاج الفيزيائي:

1. التشريح والفيزيولوجيا.
2. فيزيولوجيا التمارين.
3. علم الأحياء.
4. علم الفيزياء.
5. الميكانيك الحيوي.

6. علم الحركة.
  7. العلوم الحاسوبية.
  8. الأمراض السريرية.
  9. علم السلوك.
  10. التواصل.
  11. الأخلاقيات.
  12. وبرامج أخرى اختيارية للأشخاص.

**الى العلاج الفيزيائي أو المعاون Physical Therapy Technician or Aide**

بعض التشريعات هي بعض الدول منها الولايات المتحدة الأمريكية تسمح للمعالج الفيزيائي بالاستعانته بفنيين أو معاونين لإنجاز مهام روتينية محددة متعلقة بالعلاج الفيزيائي بإشراف وتحفيظ المعالج الفيزيائي، وبعض هذه التشريعات تتعرض أن يكون هؤلاء الفنيين والمعاونين مخصوصين إلا أن متطلبات الاعتماد والتعلم مختلفة بشكل هام بين هذه التشريعات، في الولايات المتحدة الأمريكية تكون متطلبات ممارسة المهنة والتعلم للفني العلاج الفيزيائي أو المعاينين مختلفة بشكل كبير، لكن متطلبات التعليم تتراوح من دبلوم لو معادلاتها لعاميين دراسيين، أما في كندا يكون فني العلاج الفيزيائي من محترفين الرطالية الصحية الذين حصلوا على شهادة الدبلوم الجامعية بالدراسة لثلاث سنوات واجتازوا لغص الاعتمادية، بعد حصولهم على الدبلوم يمكنهم استكمال الدراسة للحصول على درجة الإجازة أو البكالوريوس بالمعالج الفيزيائي أو علم الحركة أو علم التمارين أو العلاج الوظيفي.

التعليم في سوريا:

ملاحوالي ثلاثة عقود يتوفّر فرعاً للعلاج الفيزيائي في معظم المعاهد المتوصّلة الصحّية (التابعة لوزارة الصحّة) ومُعظم المعاهد المتوصّلة الطبيّة (التابعة لوزارة التعليم العالى)، تكون الدراسة في هذه المعاهد لمعاهد دراساتيّة والخريج ينال لقب معهاد ذي علاج فيزيائي (أو م.ف. علاج فيزيائي)، والشهادة تعادل تقريباً شهادة مساعد المعالج الفيزيائى أو المعلم.

مؤخراً تم إحداث كلية للعلوم الصيدلية في جامعة الب乎ث في محافظة حمص، والعلاج الفيزيائي من أحد فروعها، تكون الدراسة فيها لأربع سنوات دراسية والخريج ينال لقب المعالج الفيزيائي (أو إجازة في العلوم الصيدلية فرع المعالجة الفيزيائية)، والشهادة تعادل تقريباً الإجازة أو البكالوريوس في العلاج الفيزيائي.

## الخدمات الصحية في التربية الخاصة

### العلاج الوظيفي (OT)

د.أسعد السعد

#### التعريف :Definition

إن العلاج الوظيفي Occupational Therapy والذي غالباً ما يختصر بـ OT، هو مهنة صحية تهتم بتعزيز الصحة من خلال تهيئ الأشخاص لاتجاه النشاطات الهدامة ذات المعنى خلال حياتهم.

المعالج الوظيفي Occupational Therapists هو محترف صحي مدرب على ممارسة العلاج الوظيفي للمحافظة على النشاطات الحياتية اليومية ومهارات العمل وتطويرها وتحسين شفائها وذلك للمرضى المصابين بحالات جسدية أو عقلية أو نفسية ناجمة عن إصابة أو مرض، ويخلص دور المعالج الوظيفي باستعمال النشاط الوظيفي أو التدخلات المصممة خصيصاً للمرضى للوصول إلى الحصول على العلاج الوظيفي الذي يعزز الصحة ويفي من الآنية والعجز، والذي يطور ويحسن ويحافظ ويتحسن المستوى الممكن الأعظمي من الاستقلالية . يمكن أن يساهم عملية المعالجة كل من المعالج الوظيفي المساعد Occupational Therapy Assistants (OTA) ومعاون العلاج الوظيفي Therapy Aide وذلك بإشراف المعالج الوظيفي. إن المعالجة الوظيفية عبارة عن مهنة تعتمد على مركزية الشخص المتلقى للعلاج، حيث يكون المريض جزءاً أساساً ومركزاً مكملاً للمعالجة.

تضمن المعالجة الوظيفية:

1. تقييم فردي يحدد من خلاله المعالج الوظيفي المشاكل والأهداف القرصنة.
  2. تدخلات مصممة خصيصاً للمريض لتحسين قدراته لأداء النشاطات الحياتية اليومية والوصول للأهداف النوعية.
  3. تقييم الحصول النهائي لمنطقة تطور الحالة بما يليبي احتياجات وأهداف المريض.
- تتركز عموماً تدخلات المعالجة الوظيفية على: تكيف البيئة، وتعديل المهام، وتعليم المهارات، وتنقيف المريض والعائلة لتعزيز مشاركتهم بأداء النشاطات الحياتية اليومية.

#### تاريخ العلاج الوظيفي :History of occupational therapy

إن أول دليل لاستعمال المهنة occupation كطريقة في المعالجة تعود إلى التاريخ القديم، ففي العام 100 ق.م، قام الطبيب الإغريقي Asclepiades بمعالجة المرضى المصابين بأمراض عقلية باستعمال العمليات العلاجية والتسلك والتمارين والتمويميقى، فيما بعد وصف الطبيب الروماني Celsus المومييقى والسفر والمحاولات والتمارين خطرق في معالجة مرضناه، بكل الأحوال، حتى الحصول الوسطى بفتح معالجة البشر المصابين بما يدعوه "البطون" أمراً نادراً، في أواخر القرن الثامن عشر، بعد الثورة الصناعية قام فيليب بيغيل Philippe Pinel وجوهان كريستيان ريل Johann Christian Reil بإصلاح نظام المشافي، فبدلأ من استعمال السلاسل والقيود المعدنية للمريض، تم استخدام الأعمال الصارمة الدقيقة بمساعدة لأنشطة الاجتماعية للمريض. كان ذلك في بدايات عصر المعالجة الأخلاقية Moral Treatment، الذي ظهر في أوروبا خلال عصر التنوير Age of Enlightenment فإليه تعود حدود المعالجة الوظيفية في العالم. رغم الإزدهار المتزايد إلا أن الاهتمام بتحسين الحركة والوظيفة كان يتراجع في الولايات

المتحدة الأمريكية خلال القرن التاسع عشر إلى أن يزعم مجدداً بالعقد الأولي من القرن العشرين كعلاج وظيفي واضح المعالم.

إن حركة الفنانين والحرفيين Arts and Crafts Movement التي ازدهرت بالقرن ما بين 1860-1910 أثرت أيضاً على العلاج الوظيفي، حيث أنه في المجتمع الصناعي، تأسّس جمعيات الفنانين والحرفيين بوجه رئابة عمل المصانع وقد استقلوا فيها في مهنتهم، وهؤلاء الأشخاص تم دفهم والاستقدام منهم لتشجيع التعليم وإيجاد متخصص إبداعي وكطريقة لتجنب الملل والضجر التي كانت ترافق الإقامة المديدة بالمشافي للأمراض العقلية والسل.

إن مهنة العلاج الوظيفي تعود لبدايات العقد الثاني من القرن الماضي كأنواع من معاشر لعصر النهضة، حيث تألفت المفترضين الأراقل الأفكار القيمة ومارسوها بشكل مثالي، كضرورة ممارسة مهنة راسخة من قبل الشخص يحقق من خلالها ذاته، وأهمية عمل أصحاب الحرفة الواحدة بمبادئ علمية وطنية.

إن الجمعية الوطنية لتعزيز العلاج الوظيفي National Society for the Promotion of Occupational Therapy، والتي تدعى حالياً بالجمعية الأمريكية للعلاج الوظيفي American Occupational Therapy Association (AOTA) قد تم تأسيسها بالعام 1917 ومن ثم تم اعتماد مهنة العلاج الوظيفي بشكل رسمي في أمريكا بالعام 1920م.

يمكن اعتبار بأن نشوء العلاج الوظيفي يعتبر تحدياً لرؤية اتجاه الطب العلمي في حينه، فبدلاً من التركيز على السببيات الإمبريقية التي تؤثر على الشخص وبالتالي على الوظيفة، يحاول العلاج الوظيفي أن يبرهن على تشارك عدد من الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والبيولوجية كسبب لخلل الوظيفة.

تم المبادىء والتقنيات لإغذاء مهنة العلاج الوظيفي من العديد من المفترضين الآخرين لكن ليس فقط التمريض والطب النفسي وإعادة التأهيل والرعاية الذاتية والمعظمية والعامل الاجتماعي.

بين عامي 1900-1930م، جدد المؤسرون حقل الممارسة وطوروا النظريات الداعمة لذلك، وفي أوائل الثلاثينيات وضعـت AOTA الدليل التعليمي وإجراءات الاعتمادية والمصادقة، وخلال مدة 20 سنة استطاعوا بنجاح إنشـاع القطاع الطبي والحكومي بقيمة العلاج الوظيفي ووضعـوا معايير المهنة.

إن الحرب العالمية الأولى فرضت على المهنة الجديدة توسيع دورها في المجال الطبي وتوحيد معايير التدريب والممارسة عليها. بالإضافة لتوضيح صورتها الحكومية، أُسست المعالجة الوظيفية للعيادات وورشات العمل ومدارس التدريب على المجال الوطني. وبسبب الأعداد المتزايدة من مصابي الحرب، تم تطوير "معاوني البناء"

"reconstruction aides" ( وهو المصطلح الشامل للمابي المستخدم لوصف معاوني العلاج الوظيفي والعلاج الفيزيائي ) للعمل ما بعد المرضي الجراحات للمرضى. إن تجاهـات معاوني البناء المشكـلين بشكل أساسـي من النساء المحارـلين ( فعلـ شيء ما ) للمساعدة في الجـهد الحـربـي، كانت بالـحقيقة إنجـازـات عـظـيمـة. حصلـ كفـاحـاً ضـحـماً

ـ للمـحافظـة على هـؤـلاءـ الـأشـخـاصـ فيـ المـهـنـةـ بـعـدـ اـنـتـهـاءـ الـحـربـ وـأـثـرـهـاـ. حـصـلـ تـغـيـيرـ أـكـيدـ هـامـ منـ عـقـلـيةـ زـمـنـ الـعـربـ .ـ المـحبـةـ لـلـغـيـرـ إـلـيـ عـقـلـيةـ الرـضـىـ الشـخـصـيـ وـالـحـرـفـيـ وـالـمـادـيـ بـتـحـولـ أـلـانـكـ الـشـخـصـاتـ إـلـيـ مـعـالـجـيـنـ.ـ وـلـجـعـلـ المـهـنـةـ أـكـثـرـ فـتـةـ وـإـغـرـاءـ،ـ تـمـ وـضـعـ مـعـاـيـرـ الـمـارـسـةـ،ـ وـالـتـيـ كـافـتـ مـهـاـجـاـ لـلـدـرـاسـةـ،ـ وـضـعـتـ مـعـاـيـرـ الـقـبـولـ وـالـتـرـجـعـ،ـ وـدـافـعـتـ الـجـمـعـيـةـ الـأـمـرـيـكـيـةـ لـلـعـلاـجـ الوـظـيفـيـ عنـ التـرـيـظـيفـ الـمـسـتـمـرـ وـالـأـجـورـ الـلـاـقـةـ وـظـرـوفـ الـعـلـمـ الـمـنـاسـبـةـ.ـ وـمـنـ خـلـالـ هـذـهـ الـطـرـقـ أـصـبـعـ لـلـعـلاـجـ الوـظـيفـيـ شـرـعـيـةـ طـبـيـةـ فـيـ عـشـرـيـاتـ الـقـرنـ الـمـاضـيـ.

استمر المحترفون بالعمل على تنمية وتوسيع مجال ونواحي ممارستهم، وتم تأسيس "علم الوظيفة" (علم دراسة الوظيفة) بالعام 1989م كطريقة لتوفير البحث المستند على البرهان لدعم المعالجة الوظيفية، بالإضافة لتوفير العلوم الأساسية لمواضيع الدراسة المتعلقة بالوظيفة.

### نظريّة وفلسفة العلاج الوظيفي : Evolution of the philosophy of occupational therapy

لقد تغيرت فلسفة العلاج الوظيفي خلال مسيرة المهنة، إن الفلسفه المنشورة من قبل المؤسسين أنفسهم تكون بشكل كبير لأفكار الاتجاهات الرومانسية والبراغماتية (المذهب العملي أو فلسفة التراث) والفلسفه الإنسانية والتي كانت يجمعها بشكل الأيديولوجيات الأساسية في القرن الماضي.

واحدة من أهم المنشورات الأولى المفصلة حول فلسفة المعالجة الوظيفية كانت تلك المقدمة من أدولف ماير Adolf Meyer، وهو طبيب نفسي هاجر للولايات المتحدة الأمريكية من سويسرا في القرن التاسع عشر وقد دعى لعرض روبته في اجتماع جمعية المعالجة الوظيفية Occupational Therapy Society بالعام 1922م.

إن وليام راش دانتون William Rush Dunton، عمل على تعزيز الأفكار التي تقوم على أن الوظيفة هي من حاجات الإنسان الأساسية كما أن الوظيفة يمكن أن تشكل إجراء علاجياً. أهم فرضياته في العلاج الوظيفي تتضمن:

- للوظيفة تأثير إيجابي على الصحة والعافية.
- الوظيفة تخلق بناء الشخصية وتنظم الوقت.
- الوظيفة تحمل معنى الحياة.
- الوظائف تكون فردية، والأشخاص يرثبون بالوظائف المختلفة.

هذه الفلسفات توسيع مع مرور الوقت لتتشكل دعائم النظام الأخلاقى Codes of Ethics الذي يصدر بشكل متزم عن كل جمعية وطنية. بكل الأحوال، إن علاقة الوظيفة بالصحة والعافية يبقى هو الموضوع الأهم. بعد الحرب العالمية الثانية أصبحت فلسفة العلاج الوظيفي أكثر انتشاراً مع الوقت، وازدادت المعرفة التقنية للأداء الوظيفي، وتوضحت الفلسفه الأساسية للعلاج الوظيفي باتجاه المعالجة والتكمين من خلال الوظيفة الهدافه. وقد أصبح ذلك واضحاً من خلال تطور وانتشار تبني النموذج الكندي للأداء الوظيفي Canadian Model of Occupational Performance.

إن القيمة المقبولة الأهم للعلاج الوظيفي تتلخص بـأن الوظيفة أساسية للصحة، إلا أن الفهم المصاغة وفقاً للجمعية الأمريكية للعلاج الوظيفي قد تعرضت للنقد كون المعالج الوظيفي هو العنصر المركزي فيها ولا تعكس الحقيقة الحديثة للممارسة المتعددة الشخصيات.

إن جوهر فلسفة العلاج الوظيفي هو مفهوم الأداء الوظيفي، وهذا يتوجب على المعالج أن يراعي العديد من العوامل التي تشمل الأداء الكلي للشخص.

في الوقت الحديث، يتحدى ممارسو العلاج الوظيفي أنفسهم من خلال التفكير بتوسيع المجال الكامن للحرفة للشمول العمل مع مجموعات اختبرت العرمان الوظيفي لأسباب غير العجز، كالعمل مع الملاجئ أو الأشخاص المشردين، وقد شجع ذلك الاتجاه صدور النسخة الموسعة من النموذج الكندي للأداء الوظيفي والالتزامات Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP).

## **التمكين الوظيفي :Enabling occupation**

هو تقديم الخدمات الفعالة المترکزة على الشخص كي يتمكن من المشاركة الفعالة في الوظائف خلال الحياة، وهي تمثل الممارسة المثلث للعلاج الوظيفي.

## **عملية المعالجة الوظيفية :Occupational therapy process**

إن المعالج الوظيفي يعمل بشكل نظامي من خلال تتالي لشطة معروفة بعملية المعالجة الوظيفية، ويتوفر طبقات متعددة من هذه العملية وُصفت من قبل عدد من الكتاب، برغم أن جميعها تشمل المكونات الأساسية من التقييم intervention والتدخلات outcomes والمحضيل evaluation والتي تشمل 11 مرحلة.

## **:Areas of practice in occupational therapy نواحي الممارسة في العلاج الوظيفي**

إن دور العلاج الوظيفي يسمح للمعالج أن يعمل في العديد من الواقع المختلفة، وأن يعمل مع العديد من الأشخاص المختلفين، وأن يتعامل مع العديد من الاختصاصات المختلفة. إن هذا الطيف الواسع للمارسة يشكل بنفسه صعوبة في تنظيم نواحي الممارسة الموجودة، مع الأخذ بعين الاعتبار على وجه الخصوص تنوع البذار واختلاف نظم الرعاية الصحية.

التصنيف المستعمل لاحقًا هو المعتمد من الجمعية الأمريكية للعلاج الوظيفي، لكن يوجد عدة طرق أخرى لتصنيف نواحي الممارسة في العلاج الوظيفي كالماراسة الفيزيائية والعقلية والاجتماعية. هذه التصنيفات توحد بعين الاعتبار عندما يكون المركز مختصاً بفئة الناس التي يقوم بخدمتها، على سبيل المثال، مراكز أو مشارف الصحة الفيزيائية أو العقلية الحادة، المراكز تحت الحادة (كمراكز رعاية المسنين)، وعيادات العلاج الوظيفي والمراكز الاجتماعية، في كل فاحية من الممارسة أنداد، يمكن أن يعمل المعالج الوظيفي مع أشخاص مختلفين وتشخيصات متعددة متخصصات متعددة وفي مراكز مختلفة.

### **:Children & Youth أولاد الأطفال والشباب**

يعمل المعالج الوظيفي مع الأطفال بمختلف أعمار الطفولة من الرضاعة وحتى المراهقة، ومع عائلاتهم، وذلك في سرائر مختلفة بما فيها المدارس والعيادات والمنازل. حيث يساعد المعالج الوظيفي الأطفال وأسرهم لبناء المهارات التي تمكنهم من المشاركة في الوظائف الحياتية الهدافة، كما يمكن أن يحدد الاحتياجات النفسية للأطفال والشباب لتنكيتهم من المشاركة الفعالة في أحداث وظروف الحياة. هذه الوظائف التي يتعامل معها المعالج الوظيفي يمكن أن تشمل: النطوير والنموا الطبيعي، والطعام، واللعب، والمهارات الاجتماعية، والتربية والتعلم.

العلاج الوظيفي للأطفال والشباب يمكن أن يأخذ شكلًا متنوعة أهمها:

- تشجيع وتعزيز برنامج الصحة والعافية في المدارس للرقيقة من البدانة عند الأطفال.
- تسهيل تطوير مهارات الكتابة عند الأطفال بعمر المدرسة.
- تعزيز المهارات الوظيفية الحياتية عند الأطفال المصابةن بعجز نظوري ثماني.
- توفير المعالجة الفردية لصعوبات الدمج الجسدي.
- تحديد الاحتياجات النفسية للطفل وتعليمه استراتيجيات الحماية الفعالة.

### **ثانياً: الصحة والعافية :Health & Wellness**

إن الممارسة في مجال الصحة والعافية تظهر مثجة بسبب الحاجات المتزايدة للعلاج الوظيفي في سياق تقديم الخدمات المتعلقة بالصحة. تم إثبات وجود الترابط بين العافية من جهة وبين الصحة الفيزيائية بالإضافة للصحة المطلية من جهة أخرى، وبالتالي فإن المساعدة في تحسين الصحة العقلية والفيزيائية للأشخاص يمكن أن يؤدي لتحسين عام في العافية.

من ناحية الممارسة العملية، ترتكز المعالجة الوظيفية في مجال الصحة والعافية على:

- \* الوقاية من الأمراض والأذى.
- \* الوقاية من الاختلالات والحالات الثانوية للأذى.
- \* تعزيز الصحة العامة وتقدير الذات لدى المصابين بأمراض مزمنة.
- \* إنفاذ القواعد بالرعاية الصحية.
- \* تعزيز العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة.
- \* تعزيز ممارسات الحياة الصحية والمشاركة الاجتماعية والإنصاف الوظيفي المهني.

### **ثالثاً: الصحة العقلية :Mental Health**

بحسب جمعية الصحة العالمية، إن المرض العقلي هو واحد من أسرع نمو أشكال العجز. يوجد تركيز على الوقاية والمعالجة للمرض العقلي للسكان بما فيهم الأطفال والشباب والمسنين والمصابين بمشاكل صحية عقلية شديدة مستمرة. يقدم العلاج الوظيفي خدمات الصحة العقلية في مختلف المراكز بما فيها المشافي والبرامج اليومية ومرافق الرعاية طويلة الأجل.

يساعد العلاج الوظيفي الأشخاص المصابين بأمراض عقلية لاكتساب مهارات الرعاية الذاتية لغيرها، ويمكن أن يتضمن ذلك ما يلي:

- \* جدول الاستعمال للمصروفات.
- \* الأعمال الروتينية.
- \* مهارات التأمين.
- \* تغيير الأدوية.
- \* التوظيف.
- \* التربية والتسليم.
- \* المشاركة الاجتماعية.
- \* تطوير المهارات الاجتماعية.
- \* تدبير المفرد.
- \* رعاية الأطفال.

### **رابعاً: الكهولة المنتجة :Productive Aging**

يعمل العلاج الوظيفي مع الأشخاص المسنين للحفاظ على استقلاليتهم، ومشاركتهم في النشاطات الهدامة، ومسارتهم حياتهم برفاد. بعض الأمثلة في هذه النواحي التي يتعامل معها العلاج الوظيفي مع المسنين هي السوادة

واستمرارية الحياة بالمنزل وحالات نقص القدرة البصرية والخرف وداء الزهايمر. على سبيل المثال، حين تتحدد المعاقة تجري تقييمات الخامسة للسائق لتحديد فيما إذا السائق قادر على المعاقة بأمان له ولغيره، ولتمكن الاستقلالية للمسنين بالمنزل ينجز المعالج الوظيفي مسح كامل وتقييم لتأدية الوظائف في منزلهم وتقديم التعديلات المنزلية المفوعية، وعند وجود ضعف البصر يقوم المعالج الوظيفي بتعديل المهارات والبيئة، أما العمل مع الأشخاص المصابين بالزهايمر فإن عمل المعالج الوظيفي يتركز على المحافظة على نوعية الحياة وتعزيز الأمان وتسجيع الاستقلالية واستخدام الإسكنيات المتبقية.

#### خامساً: إعادة التأهيل Rehabilitation:

يحدد المعالج الوظيفي احتياجات إعادة التأهيل والعجز والمشاركة. يوفر المعالج الوظيفي المعالجة للبالغين المصابين بالعجز في مختلف المراكز بما فيها المشافي (في أقسام التأهيل الحاد، وتأهيل مرضى الداخلين inpatient، وتأهيل المرضى الخارجيين outpatient)، والصحة المنزلية، ومرافق رعاية التمريض، وي Rams جماعية إعادة التأهيل، عند تخلصه من المعالجة، يحدد المعالج الوظيفي الاحتياجات الفيزيائية والم cognition والنفسية الاجتماعية والبيئية للأشخاص المصابين بمختلف مراكز التأهيل.

إن العلاج الوظيفي لتأهيل البالغين والعجز والمشاركة يتخذ عدة أشكال:

- العمل مع البالغين المصابين بالعجز في برنامج التأهيل اليومي لتعزيز العلاقة المزاجية والآخرatos بالمجتمع.
- تحسين نوعية الحياة للبالغين على قيد الحياة من علاج السرطان أو للمصابين بالسرطان من خلال انحرافاتهم بالوظائف الهادفة وتوفير المعالجة لورثمة المفاوية وتوفير طرائق لخفيف القلق والتشدّد وتخفيف التعب.
- تدريب الأشخاص المصابين بذعر في اليد في ارتاء وخلع الطرف البديل المدار بالطريقة الكهربائية العضدية بالإضافة لتدريبهم على الاستعمال الوظيفي للطرف البديل.
- استعمال وتطبيق التقنيات الحديثة كاستعمال الكمبيوتر في بعض الوظائف ككتابة نص من خلال الكلام.
- التواصل عبر طرائق الهاتف الصحي لتقديم الخدمات للذين يعيشون في مناطق ريفية.
- تقديم خدمات المعالجة العقلية والإدراكية في أنواع الدماغ الرضية، والتدريب والتعليم باتجاه استعمال الوسائل البديلة للمرضى المصابين بذعر، ومعالجة الشدّات النفسية نتيجة اضطراب الشدة ما بعد الرض.

#### سادساً: العلاج الوظيفي الجوال Travel Occupational Therapy:

يقدم خدمات العلاج الفيزيائي أحياناً المعالجون الوظيفيون الجوالون، الأكثر شيوعاً (وهم 43%) من المعالجين الوظيفيين الجوالين يدخلون عمر الإناث والعمل بعمر 21-30 سنة.

#### سابعاً: العمل والإنتاج Work & Industry:

يمكن أن يعمل المعالج الوظيفي أيضاً مع المرضى المصابين بأذىات العمل وبحاولون العودة مجدداً للعمل. يمكن أن يُسْكِنَ التقييم بتنفيذ مهمات العمل كي يتم تحديد أفضل نتائج بالعمل، وتقييم التجهيزات المحتاجة بالعمل، ومستوى العجز. فإن تكيف العمل وتحليله هنا من المقاربات المستعملة لاستعادة مهارات الأداء المطلوبة للمهنة والتي يمكن أن تتأثر بسبب المرض أو الآلة. يمكن أن يساهم المعالج الوظيفي أيضاً بالوقاية من الأذىات المتعلقة بالعمل من خلال الفياس المجرى على تقييم بيته العمل.

### **نواحي الممارسة الناشئة : Emerging Practice Areas**

لضمان تحديد مهنة العلاج الوظيفي، طورت الجمعية الأمريكية للعلاج الوظيفي قائمة من نواحي الممارسة التي يمكن للمعالج الوظيفي أن يلعب فيها دوراً فيها، أهمها:

**الأطفال والشباب:** المجال الداخلي في المدارس - التوحد - المراهقين - بذاته الأطفال - تدبير المراهقين المصابين بالعجز - الانتقال للطفولة المتأخرة.

**التربيه والتطعيم:** التعليم عن بعد - المودة للمهنة.

**الصحة والعافية:** تدبير الأمراض المزمنة - البذاته - الوقاية.

**الصحة العقلية:** الاكتئاب - الشفاء ونموذج دعم الأفران - المقاريات الصبية للصحة العقلية - الصحة العقلية لجرحى الحرب والجنود.

**الشيخوخة المنتجة:** التحركية بالمجتمع وسوافة المسنين - التقدم بالعمر في المكان وتعديلات المنزل - ضعف البصر - داء الزهايمر والخرف.

**إعادة التأهيل:** التوحد عن البالغين - رعاية السرطان والخبيثات - زراعة اليد واستخدام الأطراف البديلة - التقنيات الحديثة في إعادة التأهيل - الصحة على الهاتف - رعاية الجنود والجرحى.

**العمل والإنتاج:** المحافظة على الإنتاجية بتقدم العمر - التقنيات الحديثة في العمل.

### **مقاريات العلاج الوظيفي : Occupational therapy approaches**

تضمن إعادة ما يلى:

- تعليم طرق جديدة لممارسة المهام والأنشطة.
- كيفية تحويل النشاطات لمكونات قابلة للإنجاز، مثل تحويل مهارة معقدة كطبخ وجية مركبة.
- تقنيات شاملة للمنزل والمهنة مع توصيات التدريب.
- تقنيات مهارات الأداء والمعالجة.
- توصيات التجهيزات المعدلة واستعمال التدريب عليها.
- تعديلات البيئة متضمنة التزويد بالتجهيزات أو تصميم التعديلات لإزالة العوائق أو تطوريها.
- توجيه وتنقيف أعضاء العائلة والمرافقين.
- استعمال الإعلام والنشاطات الاجتماعية كنشاط علاجي.

### **تحليل النشاط : Activity analysis**

تم تعريف تحليل النشاط بأنه عملية شرح وتحليل النشاط لأجزاءه المكونة وتحاقب المهام لكي يتم تحديد الصفات الملائمة والمهارات المطلوبة للأداء، وهذا يسمح للمعالج بتقييم إمكاناته العلاجية.

### **الإطار النظري : Theoretical Frameworks**

يستعمل المعالج الوظيفي عدداً من الأدوات النظرية لتجسيد ممارسته، وتشمل القواعد المرجعية / النماذج الشاملة *Fraunes of Reference/Generic models*

ذلك الجوانب التي تؤثر على ملاحظتنا وقرارتنا وممارستنا .

أهم وأشيع القواعد المرجعية / النماذج الشاملة المستعملة هي :

\* النموذج الكندي للأداء الوظيفي والتعزيز Canadian Model of Occupational Performance and

.Engagement (CMOP-E)

\* نموذج أداء المهنة في بيئه الشخص Person Environment Occupation Performance Model

.(PEOP) (Charles Christiansen & Carolyn Baum)

\* نموذج عملية مدخلات العلاج الوظيفي Occupational Therapy Intervention Process Model

.(OTIPM) (Anne Fisher and others)

\* نموذج الأداء الوظيفي (OPM) Occupational Performance Model

\* نموذج التكبير الحسي Sensory Integration

\* نموذج الشفاء ونماذج التكبير الذاتي Recovery Models & Self-Management Models : ويشمل

.Curtin participation Model

5 نماذج ترجمة المعرفة للتكيير الذاتي Knowledge Translation of Self-Management

.Models

6 نموذج الشجرة لمهارات الحياة Life-Skills Tree Model

Occupational Therapy - Mahidol Clinical

.System (OT-MCS) Model

#### **العلاج الوظيفي والتصنيف الدولي لنادية الوظائف والعجز والصحة : Occupational therapy and ICF**

إن التصنيف الدولي لنادية الوظائف والعجز والصحة يرتبط بشكل وثيق بإطار ممارسة العلاج الوظيفي المحدد بالمعنى بل جوهر المهنة يكون في شكل العلاقة الإيجابي بين الوظيفة والصحة، ورؤيته للأشخاص بصفة وجودهم الوظيفي". إن أمثلة الأسلطة والمشاركة من الاـICF تتوافق مع مجالات الوظيفة ومهارات الأداء ونماذج الأداء في إطار العلاج الوظيفي. إن العلاقة بين العلاج الوظيفي ومكونات الاـICF تتلخص في:

1. الاـICF هو إطار دولي ويقدم فرصة لجعل العلاج الوظيفي ليصبح معروفاً بشكل أكبر على وجه الكوكبة الأرضية.

2. الاـICF يقدم للمعالجين الوظيفيين بلغة عالمية لوصف معارفهم لمجتمع الرعاية الصحية الدولية بشكل أكبر، يستعمل الاـICF لغة إيجابية موحدة تذكر على المهارات والقدرات للأشخاص بشكل أكبر من التركيز على العجز والضعف لديه، وهذا يشبه وجهة نظر العلاج الوظيفي.

3. يتضمن الاـICF عوامل ملحوظة بيئية وشخصية والتي هي أساساً مدمجة في النظرية المكونة للعلاج الوظيفي، إنه من الهام الأخذ بعين الاعتبار العوامل الشخصية والبيئية والعوامل الوظيفية لتغيير مدخلات حالة الشخص.

4. التطبيق البارز للـICF في العلاج الوظيفي هو تمييز النماذج التقافية الوظيفية، حيث الثقافة أهمية على أشعة الشخص ومشاركته ولمن الهام تذكر ذلك حين تقديم العلاج للأشخاص.

بالرغم من أن الاـICF يمكن أن يكون مفيداً جداً للمعالجين الوظيفيين، إلا أنه يفتقر تحديد الفئات الخاصة لوصف ماذا يحتاج المعالج الوظيفي للتواصل مع مرضاه وزملائه.

## **دليل خدمات العلاج الوظيفي والعلاج الفيزيائي في التربية الخاصة**

د.أسعد السعد

### **العلاج الفيزيائي و/أو العلاج الوظيفي في المدرسة:**

إن خدمات العلاج الفيزيائي والعلاج الوظيفي في المدارس تساعد الطلاب المصابين بعجز للاستفادة من برنامج التربية الخاصة المصمم لهم. يتم وصف العلاج الفيزيائي والعلاج الوظيفي على أنهما من الخدمات المتعلقة "related services" بال التربية الخاصة والتي يمكن أن تكون مطلوبة لمساعدة الطلاب ذوي الإعاقة للاستفادة من التربية الخاصة.

كي يتم دمج خدمات العلاج الفيزيائي والعلاج الوظيفي بشكل فاعل ضمن مراكز التعليم، يتوجب على المعالجين فهم المبادئ الأساسية للتربية الخاصة وبشكل خاص ممارسة المعالجة ضمن البرامج المدرسية، وكذلك يتوجب على المعلمين فهم المبادئ الأساسية للخدمات المتعلقة بالتربية الخاصة.

إن وجود حالات طبية والأذىات والعجز لا يشير حتماً لحاجة لخدمات العلاج الفيزيائي أو العلاج الوظيفي في النظام المدرسي. بعض الطلاب المصابين بعجز يمكن أن يكونوا ضمن برنامج التعليم النظامي بدون الحاجة لأية تعديلات نوعية لمنهاج التعليم النظامي ولا يمكن اعتبارهم من ضمن الطلاب المحتاجين لخدمات التربية الخاصة. وعليه، فإن العديد من الطلاب الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة يمكن ألا يحتاجوا للعلاج الفيزيائي أو العلاج الوظيفي لخدمات متعلقة بالتربية الخاصة لكي يستفيدوا من برامج التربية الخاصة.

### **خدمات المعالجة المعتمدة وغير معتمدة على المدرسة:**

المعالجة المعتمدة School-based therapy على المدرسة اتجاهها مختلفاً عن المعالجة الغير معتمدة على المدرسة non-school based therapy من حيث تحديد الاحتياجات والخدمات.

إن المعالجة الغير معتمدة على المدرسة والفريق الطبي عموماً يحدد الجلajات والخدمات بالاعتماد على الحالة الطبية، بينما خدمات المعالجة المعتمدة على المدرسة تعتمد الحاجات التعليمية للطالب والمهارات الوظيفية المضروبة للمشاركة في البيئة التعليمية.

المعالجة المعتمدة على المدرسة تحدد حاجات الطالب من خلال فريق برنامج التعليم الفردي Individualized Education Program (IEP)، والطالب يجب أن يتوافق مع المعايير التي تعيّنه طالباً ذو إعاقة. الصالحة المعتمدة على المدرسة وأعضاء الفريق الآخرين يحددون عجز الطالب الذي يداخل مع أدائه بالمدرسة قبل أن يتلقى الطالب الخدمات. إن فريق IEP يحدد الخدمات المتعلقة المطلوبة لتلبية احتياجات الطالب.

خدمات المعالجة المعتمدة على المدرسة يتم تقديمها ضمن المدرسة خلال الدوام المدرسي بينما الخدمات الغير معتمدة بالمدرسة يتم تقديمها خارج بيئة المدرسة وفي أي وقت. تعتمد التوصيات واتخاذ القرار لتحديد البرنامج التعليمي الفردي على المدخلات والملاحظات الواردة من كل أعضاء الفريق. إن الأهداف المرضية ضمن الخطة التربوية تكون فردية وتوعية لكل طالب على حدا ويجب أن يواافق عليها كافة أعضاء الفريق.

إن هدف المعالجة المعتمدة على المدرسة ينطوي بخصوص بذخسي قدرات الطالب ليتمكن من النجاح والتحصيل في البيئة التعليمية التربوية.

المعالج الغير معتمد على المدرسة (الممارس الخاص) هو الذي يقدم الخدمات الطبية الضرورية خارج المدرسة ويطور الأهداف التي تكون نوعية وخاصة بالمحترف ويبني عليها الخطة العلاجية.

يقدم المعالجون المعتمدون على المدرسة استراتيجيات الوصول إلى أفضل القدرات للطالب وتقليل تأثير العجز لدى الطفل ما أمكن في بيته المدرسة، بينما يعالج المعالجون غير المعتمدون على المدرسة الحالة الطبية ذاتها. بذلك تكون خدمات المعالجة المتعلقة بالمدرسة متعلقة بال التربية والتعليم حسراً لذاك تقتضي على أنها احتياجات نوعية للطلاب في المدرسة.

#### **الممارسة الخاصة للأشخاص غير الموظفين أو متعاقدين مع المدرسة:**

يجب على أقسام المدرسة أن تتبني سياسات بخصوص تقديم الخدمات من خلال ممارسين خاصين في بيته المدرسة، إن الخدمات الطبية أو السريرية المقدمة خلال اليوم الدراسي من الممارسين الخاصين الذين يكونوا مكلفين ومدفوعين من قبل أهل الطالب تختلف بشكل جوهري عن الخدمات المقدمة من المحترفين الموظفين أو المتعاقدين مع المدرسة بغرض تطبيق البرنامج التعليمي الفردي.

فإذا كانت المدرسة تسمح بالمارسين الخاصين الغير موظفين أو متعاقدين مع القسم، فإنه يكون مطلوباً تعديل السياسات وتثبيت موافقة خطية أو توقيع مذكرة تفاهم مع الممارسين الخاص مع الأخذ بعين الاعتبار :

- استعمال التجهيزات.
- المسؤولية القانونية.
- شغل الأماكن.
- الأمان.
- فيما إذا كانت التوصيات التعليمية المقدمة من مقدم الخدمات الخاص سوف تتبع من قبل فريق المدرسة.
- الوقت المحدد من اليوم الذي يستطيع فيه الطالب مغادرة الصيف لتلقي الخدمات الخاصة.
- البرنامج المستعمل من مقدم الخدمة الخاص وفيما إذا كان بحاجة لغيرات وفق البرنامج التعليمي للطالب.
- تقديم البرنامج للمعلمين لتحديد الاعتبارات الخاصة بهحال وجودها.
- معايير الشارك بين مقدم الخدمة الخاص وتقديم الخدمات الأخرى.

إن تسيير الخدمات بشكل متواصل من خلال التواصل وتناسق الخدمات المتعلقة بالناحية التعليمية يتطلب تقطيع العديد من الاختصاصات المشاركة في البرنامج التعليمي الفردي (الخاص والمعتمد على المدرسة) ويمكن أن يجنب التضارب بالخدمات والبرامج. الأسلحة المتباينة يمكن أن تشمل اجتماعات الفريق والاجتماعات التعليمية واستراتيجيات التخطيط وتحديث الوثائق والاستشارات.

#### **دور المعالج الفيزيائي و/أو المعالج الوظيفي في المدرسة:**

إن دور ومسؤولية المعالج الفيزيائي أو الوظيفي، كمقدم لخدمة متعلقة بالتربيه الخاصة وعضو فريق البرنامج التعليمي الفردي، هو مساعدة الطالب ذوي الإعاقة للاستفادة من برامج التربية الخاصة المصممة لهم بشكل خاص. يقوم

المعالج الفيزيائي أو الوظيفي المعتمد على المدرسة بدعم قدرات الطالب لتحصيل منهاج التعليم العام ولكن يكون وظيفياً في كل المواقع والحصول التعليمية. إن الأهداف تصب على المستوى الموجود للتحصيل العلمي والأداء الوظيفي ويتم تحديدها بالتعاون مع فريق التعليم.

غالباً ما تحدد أدوار المعالج الفيزيائي والممعالج الوظيفي بمجالات مهارات النشاطات الحياتية اليومية وأو نواحي الأداء الوظيفي، حيث يتدخل كل منها بشكل احترافي. إن دور كل من المعالج الفيزيائي والممعالج الوظيفي ينحدر بحسب كل ناحية وقسم ضمن المركز التعليمي. إن دور كل منها يمكن أن يختلف بشكل هام وذلك بالاعتماد على تدريب وخبرة ومهارات المعالج. من الجلي وجود فوادي هامة لتتدخل دور ومسؤوليات كل من المعالج الفيزيائي والممعالج الوظيفي في المراكز التعليمية.

نواحي مشكلة الأداء الوظيفي (وهو المهارات أو النشاطات التي لا تعتبر أكاديمية لكنها تدعم التحصيل الأكاديمي، و غالباً ما يستخدم مصطلح الأداء الوظيفي في ظروف النشاطات الروتينية للحياة اليومية) التي يعني منها الأطفال ذوي الإعاقة خلال برنامج الدوام اليومي في المدارس:

#### ١- مهارات الحياة والغاية الافتتاحية المتعلقة بالمدرسة *School Related Self-Care and Life Skills*

اللباس.

النظافة الشخصية.

الحياة العائلية (في المدارس الداخلية) والتنقل.

الطعام والتغذية.

استعمال الوسائل المساعدة ومستراتيجيات المعاوضة.

أخرى.

غالباً ما يقدم المعالج الوظيفي العلاج لتعزيز الاستقلالية بكل ما سبق، أما مهارات الحياة العائلية والتنقل فإنها تتطلب الحصول على مستوى مناسب من الطالب وأو الأهل الذي تكون جزءاً من البرنامج التربوي.

#### ٢- المهارات المتقدمة: *Processing Skills*

مهارات التقليم ولو مستراتيجيات المعاوضة.

الانبهاء/التنقل.

الإدراك الحسي (البصري والسمعي واللمس و إدراك الجسم).

إقامة العلاقات الاجتماعية.

الحس.

أخرى.

غالباً ما يقدم المعالج الوظيفي والممعالج الفيزيائي التدخلات الازمة لاضطرابات المهارات المتقدمة لاسيما مشاكل التنفس والانبهاء والتنقل التي تؤثر على التعلم.

#### ٣- مهارات البراعة *Manipulation Skills*

تكبير الأدوات التعليمية.

التكيف لناحية المبردة والدقة معًا في مجالات بيئة التعليم.

استخدام الوسائل و/أو التقنيات و/أو الاستراتيجيات المساعدة المناسبة.

المهارات المتعلقة بالمهنة والمتعلقة بالمرحلة ما قبل المهنة.

أخرى.

يقدم كل من المعالج الوظيفي والمعالج الفيزيائي الكائنات لتعزيز قدرات الطالب لإنجاز النشاطات اليومية وتحريك الأدوات المطلوبة في بيئة التعليم.

#### ٤- الوضعيات *Positioning*

الجلوس والوقوف المستقل.

الوضعيات المحددة أو المساعدة في المدرسة (الجلوس، الوقوف، الطعام، المرحاض،...).

الانتقال بأمان.

الوسائل المعدلة.

أخرى.

يساعد كل من المعالج الوظيفي والمعالج الفيزيائي الطالب للوصول لأفضل خيارات الوضعيات لتعزيز تعلم الطفل في بيئة التعليم.

#### ٥- التحريرية *Mobility*

الحركة الوظيفية ومهارات التحريرية خلال أقسام التعليم.

تدوير متطابلات البناء.

استخدام الوسائل المساعدة على التحريرية المناسبة و/أو استراتيجيات المعاوضة.

مهارات الاتصال.

النقل.

أخرى.

يشكل أساسياً يساعد المعالج الفيزيائي الطالب للوصول لأفضل خيارات التحريرية الآمنة والوظيفية في بيئة التعليم. ذلك يمكن أن يشمل، لكن ليس فقط، غرفة المصف، المدخل والممرات، الحمام، الملعب، حقل التنقل بالمجتمع ووحدات التدريب المهنية.

يمكن أن يقدم المعالج الوظيفي أو الفيزيائي الاستشارة لفريق التعليم لتعزيز القدرة والأمان في حركيات الجسم وتقنيات الحركة وتعديلات الصنف واستراتيجيات المعاوضة بحال كانت مطلوبة لأي من نواحي المشاكل المذكورة أعلاه.

#### تقدير الخدمات:

لكل يتم دمج خدمات العلاج الوظيفي والعلاج الفيزيائي في مراكز التعليم، يتوجب على المعالج فهم عملية التربية الخاصة والتوجيه التعليمي لتقديم الخدمات.

#### الإحالة (طلب التقويم الأولي) *Referral (Request for Initial Evaluation)*

إن الحالات العلاج الوظيفي والعلاج الفيزيائي يجب أن تكون منسجمة مع المبادرات والإجراءات للمدارس. إن الإحالة للتقويم يجب أن تتضمن وثيقة من فريق الدعم المعتمد على المدرسة (قبل الإحالة) و/أو إجراءات المسح بحال أشارت

لضرورة الإحالة للتربية الخاصة لإجراء التقييم الإضافي، فإنه يجب الحصول على موافقة الأهل الخطية ومن ثم الإحالة الخطية.

#### **التقييم التعليمي Educational Evaluation**

يمكن أن يكون تقييم العلاج الفيزيائي أو العلاج الوظيفي في المدارس مكوناً من مكونات التقييم التعليمي بحال تم الاشتياه بعجز لدى الطالب بمجال أو أكثر. كل شخص من فريق التقييم يجب أن يبلغ عن ملاحظاته بشكل مناسب فيما يتعلق بإجراءات أقسام المدرسة.

إن محاكمة المعالج تحدد طبيعة وامتداد التقييم للطالب المشتبه بالعجز وكيف يؤثر العجز على أداء الطالب الوظيفي في المدرسة والمهارات الحركية والبصرية والإدراك والتنظيم الذهني ومهارات الحياة.

إن قوائم الجرد والاستبيان والمقابلات مع الأهل والاختبارات غير التقليدية غالباً ما تكون طريقاً لتقدير مذيبة للحصول على صورة دقيقة للحالة الذهنية والبصرية للطالب ومستوى أدائه الوظيفي في المدرسة.

يوفر تقييم العلاج الوظيفي والعلاج الفيزيائي المعلومات العصبية الحركية والمعلومات النظرية المكانية لقدرات الوظيفية للطالب لتكون متاحة لفريق متعدد التخصصات لأخذها بعين الاعتبار. تساعد هذه التقييمات أيضاً الفريق على تحديد نسب وأسباب العيوب الوظيفية التي تؤثر على قدرات الطالب التعليمية.

إن تقرير المعالج الخطى يصف المعانى التعليمية للضعف الوظيفي ويحدد التداخلات المطلوبة (اسعادات الجلوس أو التحركية...). يجب توثيق عملية التقييم بتفصير خطى يتضمن تحديد الإجراءات والأدوات المستعملة للحصول على المعلومات والنتائج وقائمة التوصيات وتحديد الحاجة للعلاج ضمن المدرسة وتطبيقات برنامج التربية الخاصة. يمكن أن يتضمن التقرير أيضاً بيان الحاجة للإحالة والمعلومات والملاحظات السلوكية المتعلقة. يجب استكمال التقرير في الوقت المناسب، يجب أن يتضمن تقرير العلاج الوظيفي والعلاج الفيزيائي:

1. ملخص حالة الأداء الوظيفي الذهني الحركي الحالي للطالب وتحديد موجودات العجز.
2. وصف تأثير الأداء الوظيفي الحركي الحالي للطالب على المهارات الوظيفية المطلوبة في المدرسة.
3. تحديد احتياجات الطالب المتعلقة بمشاركة برنامج التربية الخاصة.
4. التصريح والخدمات الضرورية المتعلقة لتلبية الاحتياجات المحددة.

#### **المشاركة في اجتماعات فريق البرنامج التعليمي الفردي Collaboration in IEP Meetings**

يطور فريق IEP الأهداف الموضوعية الفصلية القابلة للقياس المعتمدة على احتياجات الطالب التعليمية. يجب أن يتم تحديد هذه الاحتياجات خلال اجتماع فريق التعليم بتوجيه التقييم. يساعد المعالجون الوظيفيون والمعالجون الفيزيائيون فريق IEP في صياغة الأهداف التي يجب أن تكون سفلة عن أهداف العلاج الوظيفي وأداه الفيزيائي. بعد أن يتم تطوير الأهداف يقوم الفريق بتحديد احتياجات الطالب للخدمات المتعلقة. إن نمط ومستوى خدمات العلاج الوظيفي وأداه الفيزيائي المطلوبة لتلبية الأهداف تعتمد على الحاجة للخدمات المتعلقة في مجالات الوظيفة الذهنية-الحركية وتعديلات البيئة والمواد.

**الحاجة للعلاج الوظيفي وأداه العلاج الفيزيائي Need for Occupational and/or Physical Therapy**:  
تساعد المعالجين في تحديد الحاجة للعلاج الوظيفي أو الفيزيائي كخدمة متعلقة بالتربية الخاصة، هذه الحاجة يجب أن توضح بأن مستوى الأداء الوظيفي الحالي للطالب يؤثر على الأقل في نهاية معايير:

- الرعاية الذاتية، أو الإدراك الحسي، أو المهارات الحركية، أو الوضعيات، أو التحركية.
- يحتاج الطالب للعلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي حين يكون:
1. لدى الطفل صعوبة في نواحي الأداء الوظيفي.
  2. عدم شجاع التدخلات أو الاستراتيجيات المتابقة.
  3. احتلال التحسن بالطرق التناهية للعلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي.
  4. ضرورة العلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي كخدمة متعلقة لكي يستفيد الطالب من التربية الخاصة.
  5. الحاجة لخبرة ولخدمة العلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي ثالثية الاحتياجات النوعية للطالب أو لمساعدة الفريق بتقييم وتطوير برنامج التربية الخاصة.

يسعى المعالجون دمج النقierات المعيارية والتقييمات الوظيفية والملاحظات ضمن غرفة المصف. بكل الأحوال، تحديد الأهلية للدخول في خدمات العلاج الوظيفي و/أو العلاج الفيزيائي يجب أن تتم بشكل أساسى على الاحتياجات الوظيفية للطالب المطلوبة ليستفيد الطالب من برنامج التربية الخاصة. إن الحاجة للعلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي كخدمة متعلقة بال التربية الخاصة يعود لمقرر فريق IEP.

#### **انتقال الطلاب Transfer Students :**

حال أى الطالب من قسم آخر مع توصية بعلاج وظيفي و/أو فيزيائي ضمن البرنامج التعليمي الفردي، فإن المعالج يحتاج للتليغ والمشاركة مباشرةً بخدمة الطفل وتقييم احتياجاته الحالية.

#### **المتابعة المتواصلة Progress Monitoring :**

هي تقييم الممارسة التي تستخدم لتقييم الأداء الوظيفي أو الأكاديمي للطفل بغرض تقييم فعالية استراتيجيات التدخلات. لتطبيق المتابعة المتواصلة، يجب تحديد مستوى الأداء الوظيفي الحالي للطالب وتحديد الأهداف التعليمية التي يتم العمل لبلوغها مع الوقت. يتم قياس الأداء الوظيفي للطالب على قواعد نظامية. التقدم باتجاه أهداف الطفل يتم قياسه بمقارنة المعدلات المتوقعة للتحصيل. بالاعتماد على هذه القياسات، يتم تعديل التدخلات حسب الحاجة.

#### **إعادة التقييم Reevaluation :**

يمكن أن تتم عملية إعادة التقييم لأسباب مختلفة، ويجب أن تؤودها المتطلبات الموضوعة ضمن البرنامج التعليمي الفردي بشكل متواصل. أغراض إعادة التقييم:

1. لتحديد الحاجة للتجهيزات الإضافية.
2. لتحديد الأهداف الجديدة.
3. لتقدير قائمة معلومات.
4. لتحديد فعالية التدخلات ونجاح الحصول.
5. لتحديد التغيرات بالقدرات الوظيفية والتحديات.
6. لتحديد الحاجة لتغيير تقديم الخدمات أو الحاجة للخدمات.
7. للمساعدة في تحضير التدخلات.
8. للمناظرة المتقدمة.
9. لتحديد وصول ونقدم المنهاج العام.

٤٠. لتحديد المستوى الحالي للتحصيل الأكاديمي والأداء الوظيفي.

**معايير التخرج Exit Criteria:**

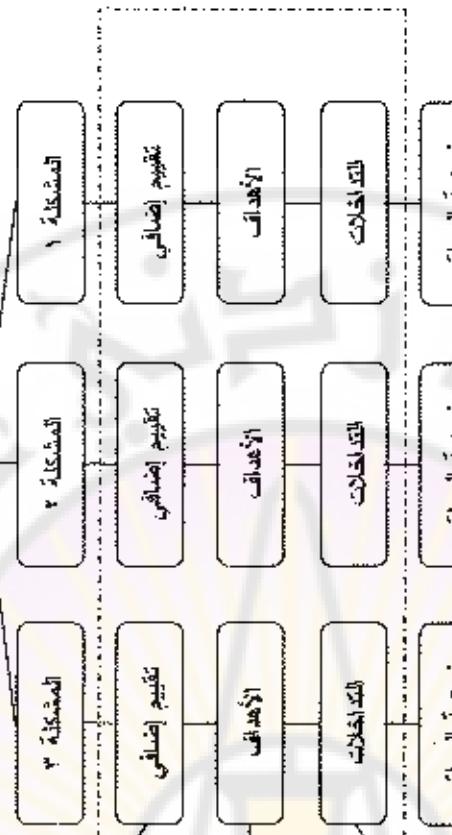
إن الفريق يجب أن يبدأ بمناقشة خدمات التخرج عندما تحدد الأهلية الأولية لذلك. يتم وضع هذه المعايير التخرج بشكل فردي حسب حاجات الطالب. تساعد معايير التخرج أعضاء فريق البرنامج التعليمي الفردي في صنع القرارات المتعلقة بإنهاء خدمات العلاج الوظيفي و/أو العلاج الفيزيائي. يجب تحقيق واحد أو أكثر من المعايير التالية قبل تخرج الطالب من الخدمات المتعلقة:

١. تحقق الأهداف المتعلقة بالعلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي وقرار فريق البرنامج التعليمي الفردي بأن الطالب لا يحتاج إلى ملء أهداف إضافية بمهارات العلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي للمساعدة في برنامج التربية الخاصة.
  ٢. إمكانية التغير الوظيفي الإضافي في الوظائف الحركية و/أو الحسية الحركية نتيجة العلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي غير محتملة، وهذا يعتمد على محاولات التداخل السابقة والتي تؤدي لكتاب طفيف أو عدم كتاب في المهارات الوظيفية.
  ٣. الصعوبة الحركية و/أو الحسية الحركية ما عادت تؤثر على الأهداف التعليمية للطفل. مهارات الطفل تحدثت لدرجة أن الاعتبارات الحسية الحركية ما عادت تؤثر بشكل سلبي على الأداء التعليمي.
  ٤. يسبب التغير بالحالة الفيزيائية أو المسلوكية أو النفسية الاجتماعية، انتفاء الحاجة لخدمة العلاج الوظيفي و/أو الفيزيائي المصممة من قبل فريق البرنامج التعليمي الفردي.
  ٥. تم إحداث التعديلات البيئية و المنهاجية لتسهيل للطالب ببلوغ الأهداف التعليمية.
  ٦. يتم تلبية حاجات الطفل من الآخرين وما عادت خدمات المعالجة مطلوبة.
  ٧. تم تغيير المركز التعليمي والطالب أصبح وظيفياً ضمن المركز.
  ٨. تم تعليم الطالب استراتيجيات المعارضة بشكل مناسب.
- يتم تخرج الطالب من الخدمات المتعلقة خلال اجتماع فريق البرنامج التعليمي الفردي؛ يجب إعلام الأهل بالتغير المطلوب بعد الاجتماع.

## المريض قبل التأهيل

**لتفريح إضافي من قبل أعضاء المفرقة**  
لسحر لعن فطرونة قبل المرصد أو حفلة أو حفلة  
تنشر لغير المفرقة  
المقدمة المبشرة  
المفترى به شخصية من المسألة

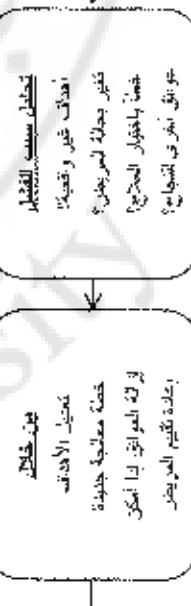
## التقديم الطارئ والوظيفي



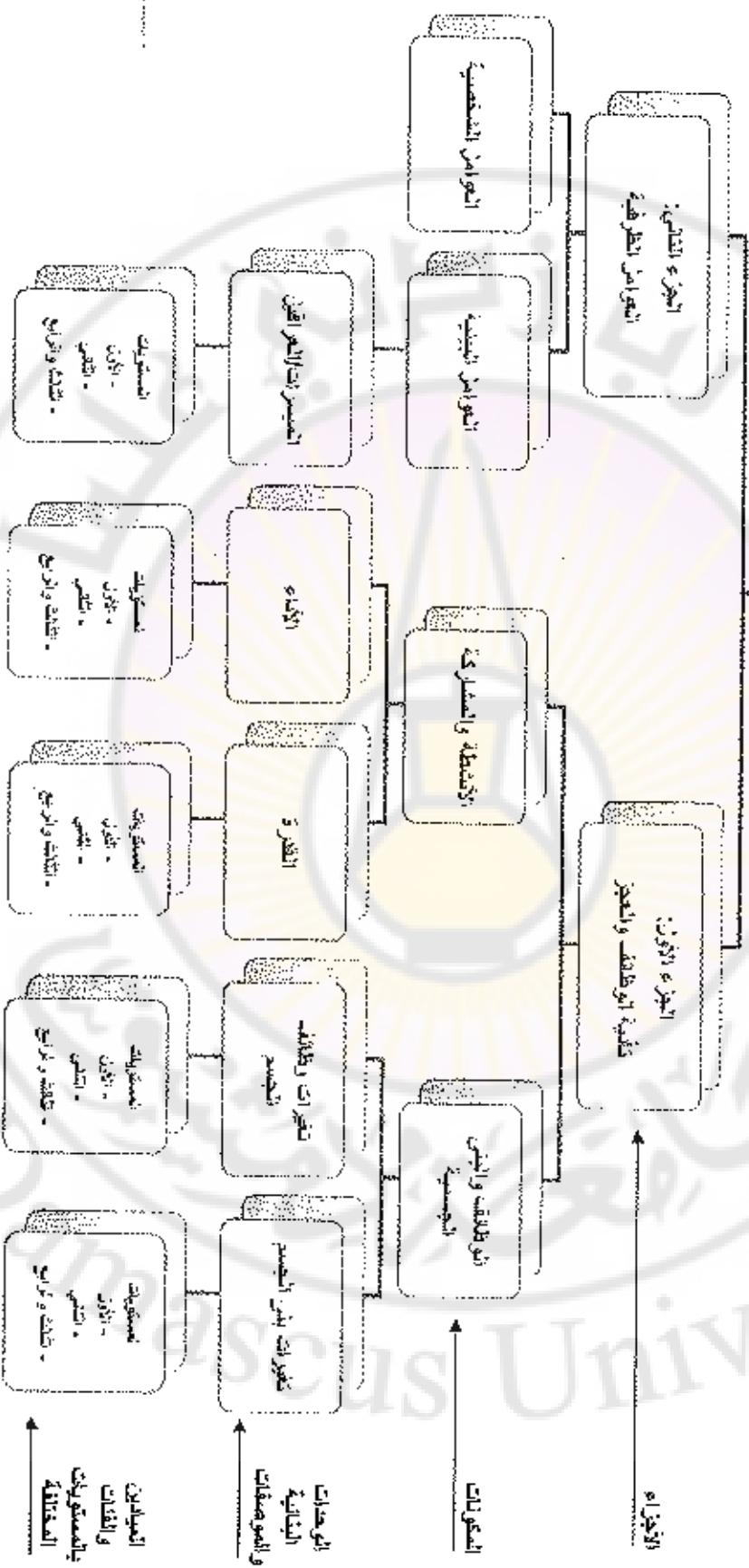
## المريض بعد التأهيل

ضبط نوعية الحياة  
رحلة التأهيل

يمكن الارتفاع  
بالأهداف والعملية



**التصنيف الدولي للادوية المر ظائف  
والعجز والصحة ICF**



الملحق رقم 1: شكل يمثل رسم توضيحي لتصنيف الوظيفي لادوية الوظائف والعجز والصحة

