بسم الله الرحمن الرحيم

تدريب الأطفال المصابيين بالشلل الدماغي على مهارات الحياة اليومية

اعداد:

د.رقية السيد الطيب العباس

البروفيسور/ الزبير بشير طه

مجلة المجلس الاسلامى العالمى للإعاقة والتاهيل(2001).

المستخلص

هدفت الدراسة الى التعرف على مدى استفادة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من برامج الحياة اليومية في تطوير قدراتهم العقلية سلوكهم التوافقي. استخدمت الباحثة المنهج التجريبى ذو التصميم التجريبي الحقيقي تصميم المجموعة الضابطة مع إختبار قبلي . بعدي. مجتمع الدراسة الذى يتكون مجتمع الدراسة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغى الذين يترددون على دار ششر فى الفترة من مارس الى يونيو 1999 والبالغ عددهم (72) طفلا. تم إختيار العينة بالطريقة العمدية ، من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (6-12 سنة) وتتراوح قدراتهم العقلية بين (51 – 89 درجة) على مقياس الذكاء ستانفورد بيئية المقنن على البيئة السودانية، وكان عددهم عشرون طفلاً، نصف أفراد العينة درجاتهم على مقياس القدرات العقلية دون السبعين، والنصف الآخر درجاتهم على مقياس القدرات العقلية فوق السبعين درجة.الأدوات التي استخدمها الباحثان في الدارسة هي: مقياس القدرات العقلية (ستانفورد بينيه) المعدل والمقنن على البيئة السودانية تعديل (مها صادق بشير، جامعة الخرطوم عام 1992م) ومقياس السلوك التوافقيالذى أعد بواسطة لجنة جمعية التخلف العقلي الأمريكي. وترجم وقنن على البيئة المصرية، وقد قننته الباحثة رقية السيد في رسالة الدكتوراه 1999م – وهو يقيس السلوك التوافقي للأطفال والراشدين،. البرنامج المقترح يشمل مهارات الحياة اليومية السبعة. حللت البيانات بواسطة الحزمة الاحصائية للعلوم التربوية المتمثلة فى اختبار (ت) للمجموعة الواحدة واختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين. توصلت الدراسة للنتائج التالية:

.توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج العلاج الطبيعي، وبين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج مهارات الحياة اليومية، بجانب العلاج الطبيعي، في القدرات العقلية لصالح الذين أخضعوا لبرنامج مهارات الحياة البومية.

2.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج العلاج الطبيعي، وبين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذي أخضعوا لبرامج الحياة اليومية بجانب العلاج الطبيعي، في السلوك التكيفي لصالح الذين أخضعوا لبرنامج مهارات الحياة اليومية. جاءت اهم التوصيات كما يلى:أهمية التوعية الصحية للأمهات، وتوجيههن بضرورة متابعة الطبيب اثناء فترة الحمل، وضرورة الولادة في المستشفيات. الاهتمام بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وتدريبهم مبكرا على مهارات الحياة اليومية بجانب العلاج الطبيعي حتى يعتمدوا على أنفسهم.

تدريب الأطفال المصابيين بالشلل الدماغي على مهارات الحياة اليومية

تمهيد:

عرفت البشرية الإعاقة منذ أقدم العصور. ففي العهد الروماني واليوناني كان المعوقون يقتلون. أما في العصر الإسلامي فقد كرم المعوق، وأبرز الإسلام ضرورة الإهتمام بالمعوقين، وذلك في توجيه المولي عز وجل. للرسول (@) في شأن الصحابي الجليل عبد الله بن أبي مكتوم قال تعال: (عَبَسَ وَتَوَلَّى (1) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (2) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّى (3) أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى (4) أَمَّا مَنِ اسْتَغْنَى (5) فَأَنْتَ لَهُ تَصَدَّى (6) وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَّكَّى (7) وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى (8) وَهُوَ يَخْشَى (9) فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى (10)) سورة عبس من الآية (1– 10).

وفي العصر الإسلامي برز الكثير من المعوقين كقواد وحكام وأئمة. برعوا ونبغوا ولم تقعد بهم الإعاقة، ولم تثنيهم، قال عليه أفضل الصلاة والسلام في شأن المعوقين: (إنما تنصرون بضعفاكم) وفي ذلك إشارة إلى ضرورة الإهتمام والعناية والرعاية بالأفراد المعوقين في المجتمع. كما أن هنالك مساهمات مبتكرة لكل من الجاحظ والإمام الجوزي في طرق تعليم هذه الشريحة أما في الدول الأوربية فلم يبدأ الاهتمام بالمعوقين إلا في القرن الثاني عشر ومن أشهر العلماء الذين ساهموا في تطوير برامج المعوقين هو العالم الفرنسي (جين ايتارد، 1772– 1838م) حيث ابتدع المنهج الفردي – أو التعليم الفردي للمعوقين عقلياً كما أضاف العالم الفرنسي (إدوارد سيجان) إمكانية تعليم المعوقين عقلياً بإستخدام برامج التدريب الحسي والحركي، ثم تلا ذلك العالمان الفرنسيان (لويس برايل 1809م – 1852م) الذي ابتكر نظام النقاط البارزة لتعليم المكفوفين – والعالم (الفريد بينيه – 1857م– 1911م) وهو أول من أدخل قياس للذكاء. اما في مجال الصم فقد برز العالم (توماس لودبيت – 1787م – 1851م) حيث أدخل استخدام التهجئة بالأصابع. كما أكدت العالمة الإيطالية (ماريا منتسوري) على فاعلية التدخل المبكر. ومن خلال إسهامات هؤلاء جميعاً، تبلور مفهوم التربية الخاصة، بوصفها حزمة متكاملة من الطرق المطبقة على المعوقين – فرادي وجماعات – يتوفر فيها ظرف تعليمي / تعلمي، وأساليب تربوية وعلاجية، ذات تصميم ملائم يستخدم طرق ومواد ومعينات، وذلك للإرتقاء بالكفاية الذاتية، والمهارات، والتحصيل الأكاديمي، للمعوقين.

وقد عرف التربية الخاصة (Special Education) هيوارد و أورلينسكي 1988م، (Heward and Orlensky 1988) بأنها مهنة لها أدواتها، وأساليبها وجهودها البحثية، التي تركز بمجملها على تطوير العملية التعليمية، وتحسين أساليب تقييم الحاجات التعليمية للأطفال والراشدين ذوي الحاجات الخاصة).
والأفراد ذوي الحاجات الخاصة، هم الذين ينحرف أداؤهم عن الأداء الطبيعي، حيث يكونون فوق المتوسط أو دون المتوسط بشكل واضح الأمر الذي يتطلب برامج تربوية خاصة وهذه المجموعة تشمل المعوقين والمتفوقين.

مشكلة الدراسة:

الشلل الدماغى هو أكثر الإعاقات الحركية أنتشاراً. كما أنه أكثر الإعاقات صعوبة إذا يؤثر بجانب القدرات الحركية، على القدرات الأخرى مثل: القدرة على الكلام وأحيانا القدرة على الفهم، مما يتطلب عناية أكثر، وتدريب أكثر كثافة، مقارن بغيره من الإعاقات الحركية الأخرى.

تحدد مشكلة الدارسة بالإجابة على الأسئلة التالية:

1. هل يستفيد الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من برامج العلاج الطبيعي في تنمية قدراتهم ؟
2. هل يحتاج الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، لبرنامج مصاحب لبرنامج العلاج الطبيعي، حتى يتسني لهم تنمية ورفع قدراتهم ومهاراتهم؟
3. إلى أي مدى يمكن للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، الاستفادة من برامج الحياة اليومية ؟

أهمية الدراسة:

الإعاقة الحركية هي: أضطرابات شديدة عضلية، أو عضلية عظمية، أو أمراض مزمنة، أو فقد عضو كليا أو جزئياً، أو أكثر من أعضاء الحركة، مما يفرض قيودا وظيفية على إمكانية التعليم والتدريب والعمل والإعاقة الحركية تمثل 5% تقل أو تزيد من مجتمع لآخر. وتنحصر أنواع الإعاقات الحركية: في شلل الأطفال، والشلل الدماغي، وفقد عضو أو أكثر، والأمراض المزمنة، وإذا نظرنا إلى جميع هذه الأنواع، نلاحظ أنها تحدث بعد الولادة، إلا الشلل الدماغي الذي يحدث أثناء الحمل أو أثناء الولادة، أو بعد الولادة، وهو أكثر الإعاقات الحركية أنتشاراً. كما أنه أكثر الإعاقات صعوبة إذا يؤثر بجانب القدرات الحركية، على القدرات الأخرى مثل: القدرة على الكلام وأحيانا القدرة على الفهم، مما يتطلب عناية أكثر، وتدريب أكثر كثافة، مقارن بغيره من الإعاقات الحركية الأخرى، ولكن نلاحظ أن المصابين بالشلل الدماغي لايجدون أي تدريب وتأهيل في المجال اللغوي أو المعرفي أو الرعاية الذاتية، بل يرتكز تأهيلهم على جانب العلاج

الطبيعي، والأجهزة التعويضية، شأنهم شأن الإعاقات الحركية الأخرى، لذا جاءت أهمية الدراسة في التركيز على جانب مهارات الحياة اليومية وهي المهارات التي يجب أن تسبق كل المهارات الأخرى وتتكامل معها.

أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة الى الآتى:

تطبيق برامج الحياة اليومية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، بجانب العلاج الطبيعي، والتعرف على مدى استفادتهم من ذلك.

التعرف على مدى استفادة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من برامج الحياة اليومية في تطوير قدراتهم العقلية.

التعرف على مدى استفادة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من برامج الحياة اليومية في تطوير سلوكهم التوافقي.

فروض الدراسة:

1.توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج العلاج الطبيعي، وبين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج مهارات الحياة اليومية، بجانب العلاج الطبيعي، في القدرات العقلية لصالح الذين أخضعوا لبرنامج مهارات الحياة البومية.

2.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج العلاج الطبيعي، وبين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذي أخضعوا لبرامج الحياة اليومية بجانب العلاج الطبيعي، في السلوك التكيفي لصالح الذين أخضعوا لبرنامج مهارات الحياة اليومية.

مصطلحات الدراسة:

الشلل الدماغى: الشلل الدماغي هو مجموعة من الأعراض تحدث نتيجة إصابة الدماغ في مرحلة نموه داخل الرحم أو بعد الولادة. والاعراض هى: ضعف في التحكم الحركي وفى بعض الاحيان بتأثر الحواس الخمس والقدرات اللغوية والعقلية.

كما أن الإصابة التي لحقت بالمخ لا تزداد سوءاً، ولكن آثار هذا التلف تبدو أكثر وضوحاً عندما يكبر الطفل.

حدود الدراسة:

تم اختيار العينة عشوائياً، من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين 6–12 سنة، وتتراوح قدراتهم العقلية من 51–89 بمقياس الذكاء (ستانفورد بينيه) المقنن على البيئة السودانية، والحدود الزمانية تنحصر بين يوليو 1999م– مارس 2000م.

الإطار النظري:

الشلل الدماغي:

هو تلف بأحد أجزاء الجهاز العصبي المركزي المتحكم في حركة العضلات، وغالبا لاتحدث إصابة لجميع مراكز الجهاز العصبي المركزي، ويحدث ذلك قبل الولادة، أو أثنائها أو بعدها، وهو شلل يصيب خلايا المخ، ويؤثر على الحركة ووضع الجسم في مرحلة الطفولة المبكرة. ويحصل نتيجة لتدمير بعض خلايا المخ قبل ولادة الطفل، أو أثناء الولادة أو بعد الولادة. في حالة الشلل الدماغي لا تدمر كل خلايا المخ. بل تتأثر فقط

الخلايا المتحكمة في الحركة. وعند حدوث هذا الخلل لايمكن علاجه ولايزداد سوءاً أيضاً، ويمكن معالجة الحركة ووضع الجسم والمشاكل المصاحبة أو جعلها لا تزداد سوءاً، يعتمد هذا على كيفية علاج الطفل، وحجم التدمير على خلايا مخه.

تشخيص الشلل الدماغى:

العلامات الأولي: عند الولادة:

قد يكون الطفل لينا (ارتخاء عضلات) أو ضعف العضلات، أو قد يبدو سليما.. وقد لا يتنفس ولا يصرخ مباشرة بعد الولادة... وقد يتحول لون الطفل إلى الأزرق وتكون عضلاته لينه.

تأخر النمو: بالمقارنة مع الأطفال في مثل عمره، يكون الطفل المصاب بالشلل الدماغي بطئ النمو بصفة عامة.. وقد لايستطيع استعمال يديه.. أو قد يستعمل يد واحدة فقط.

مشاكل التغذية: قد يجد الطفل المصاب بالشلل الدماغي مشاكل في الرضاعة أو المضغ والبلع مما يعرضه للاختناق أحياناً.

الذكاء: في اغلب الأحيان تتأثر القدرات العقلية، ونجد أن معظم المصابين بالشلل الدماغي لديهم إعاقة عقلية، حوالي 50%، وذلك لعدم الإستجابة للمتغيرات، والبقاء في وضع واحد، ومكان واحد، كما تتأثر في الغالب وظائف اللغة وخاصة الكلام..

السمع والنظر: قد تتأثر حواس الطفل المصاب بالشلل الدماغي، فيفقد السمع كلياً أو جزئياً، وقد يصاب بكف بصر جزئي أو كلي.

التشنجات: تحدث تشنجات بالأعصاب خاصة في نوع الشلل الدماغي التشني، حيث تكون حركة الطفل بطيئة، وغير متجانسة، ويزداد التشنج في حالة انفعال الطفل.

الأعراض الانفعالية: الطفل المصاب بالشلل الدماغي يحدث له تغيير مفاجئ في تصرفاته، حيث ينتقل الطفل من الضحك إلى البكاء، اوالعكس ، ويرجع ذلك لعدم مقدرته لمواكبة الآخرين في الحركة وعدم استطاعته الكلام والتعبير عن الإحاسيس والمشاعر، مما يحتاج لكثير من الصبر والمساعدة والفهم.

الإحساس: الإحساس بالبرودة أو الحرارة عادي، لكن نسبة لعدم قدرة الطفل على التحكم في حركته، قد يبدو في كثير من الأحيان وكأنه لديه مشكلة الإحساس.

النمو الإجتماعي: في كثير من الأحيان، نجد أن الطفل المصاب بالشلل الدماغي لا يستطيع التعامل أو التفاعل مع المحيطين به – لذا فانه يجد صعوبة في التكيف الاجتماعي. فبجانب صعوبة التواصل بسبب عدم الكلام عند معظم الأطفال، نجد أن الطفل المصاب بالشلل الدماغي، لا توجد أي تعبيرات على وجهه، مما يجعله غير مفهوم لدي الكثيرين، حتى التعامل بالإشارة يكون صعباً عليه، لأنه لا يستطيع التحكم في حركة يديه.

الوزن والشكل: الوزن غالباً يكون دون الطبيعي بالنسبة للطفل المصاب بالشلل الدماغي مقارنة بالأطفال في مثل سنهم، وذلك لصعوبة التغذية، كما أن الكثير منهم يكون حجم رأسه أصغر من الطبيعي.

أسباب الشلل الدماغي :

[أ] أسباب ما قبل الولادة:

1. إصابة الأم أثناء الحمل ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية.
2. عدم التجانس بين دم الأم والطفل (العامل الريسي).
3. إصابة الأم بالسكر أو بتسمم الحمل.
4. أسباب نادرة الحدوث (وراثية).

[ب] أسباب أثناء الولادة:

1. نقص كمية الأكسجين بينتج عنها زرقة الأطراف.
2. الإصابة التي تحدث للطفل أثناء الولادة خاصة حالات الولادة المتعثرة (الجفت).
3. الأطفال المبتسرين (ناقصى الوزن – الخدج) تحت 2 كجم.

[ج] أسباب بعد الولادة:

1. الأرتفاع الشديد في درجات الحرارة.
2. الألتهاب السحائي.
3. الالتهاب الرأس.

4. نزيف المخ.

5. أورام المخ.

أنواع الشلل الدماغي:

يتم تصنيف الشلل الدماغي طبقا لأسس مختلفة فمن الممكن أن يتم التصنيف حسب شدة الإعاقة الناتجة فيكون شلل دماغي بسيط أو متوسط أو شديد أو يتم التصنيف طبقا لنوع الإصابة العصبية إلي أنماط معينة كالأتي:

1. الشلل الدماغي التشنجي (SPASTIC CP)

يقصد بكلمة التشنج، كون العضلات في حالة التيبس أو انقباض مستمر فالعضلات المتيبسة تبطئ الحركة وتحد من خفتها وبراعتها كما أن الأوامر الخاطئة الصادرة من الجزء التالف من المخ تسبب تثبيت الجسم في وضعيات معينة، يصعب على الطفل التخلص منها، ويسبب هذا نقصا في تنويع الحركات ويمكن أن يصاب الطفل بأشكال من التشوه على نحو تدريجي.

ويزداد تيبس العضلات سوءاً عندما يتضايق الطفل، أو يبذل مجهوداً كبيراً، أو عندما يتم تحريكه بسرعة أكبر من اللازم. ويعتبر الشلل المخي التشنجي أكثر أنماط الشلل المخي شيوعاً.

ويتم وصف حالة الطفل التشنجي تبعاً لأجزاء الجسم التي لحقتها الإصابة:

أ. الشلل الرباعي Quadriplegia or tetraplegia حيث يكون الشلل في الأطراف الأربعة.

ب.الشلل النصفي Hemiplegia حيث يكون الشلل في نصف الجسم الأيمن أو الأيسر.

ج. الشلل النصفي Paraplegia حيث يكون الشلل في الأطراف السفلية فقط.

د. الشلل الثلاثي Triplegia حيث يكون الشلل في ثلاثة أطراف كما يلى:

هـ. شلل أحادي الطرف Monoplegia حيث يكون الشلل في طرف واحد فقط

و. الشلل النصفي الطرفي المزدوج Diaplegia حيث يكون الشلل في الأطراف الأربعة ، ولكن في الأطراف السفلى أكثر وضوحاً وتأثرا من الأطراف العليا

ز. الشلل الشقي المزدوج Double hemiplegia حيث يكون هناك شلل في الأطراف الأربعة ، ولكن في الأطراف العليا أكثر منه في الأطراف السفلي

2. الشلل الدماغي الاهتزازي(ATHETOID CP)

يقصد بالاهتزاز وجود حركات لاإرادية وهي حركات مرتجفة سريعة أو بطيئة متلوية لقدمي الطفل، أو ذراعيه، أو يديه، أو وجهه أو عينيه وتحدث هذه الحركات معظم الوقت، وتسوء حالتها عند شعور الطفل بالإثارة أو الضيق، وهؤلاء الأطفال تكون أجسامهم لينة مسترخية أثناء فترة السنة الأولي ولكن في العادة تصدر عنهم

حركات لاإرادية في السنة الثانية أو الثالثة من العمر ويحدث هذا الأمر تدريجياً وقليل من الأطفال يبقى على لينة واسترخائه

3. الشلل الدماغي الرعاشي الترنحي: (ATAXIC CP)

يقصد بالترنح الحركات المرتعشة غير المتزنة وتلاحظ هذه الحركات غير المتزنة عندما يحاول الطفل أن يتوازن، أو عندما يمشي،أو يفعل شيئاً ما بيديه فعندما يمد يده إلى لعبته، مثلا يمكن أن يخطئه في المرة الأولى بسبب عدم التوافق العضلي العصبي، وتعلم الوقوف والمشي يستغرق وقتاً أطول وذلك بسبب ضعف التوازن.

4. الشلل الدماغي المختلط ((MIXED CP)

تبدو على كثير من الأطفال علامات الإصابة بأكثر من نمط من أنماط الشلل المخي.

تختلف صورة الشلل الدماغي من طفل إلى آخر وتوجد أربعة أنواع رئيسية من الشلل الدماغي.

طرق العلاج

رغم كثرة الامراض في الاونه الاخيره وتعرض اطفالنا لعدة امراض وسنطرح فكرة العلاج

مع العلم بعدم وجودعلاج شاف للشلل الدماغي فإن هناك العديد من الطرق لمساعدة هؤلاء الأطفال للحصول علىأفضل نتيجة محتملة للنمو والتطور، ولكي يتمكن من تحسين قدراته العضلية لأداء الكثيرمن المهام التي يحتاجها في حياته اليومية كالمشي والأكل والتواصل مع الآخرين عنطريق الكلام ، فالتشخيص والتدخل المبكر ذو أهمية كبيرة، حيث تقوم المجموعة العلاجيةبوضع خطة علاجية خاصة للطفل، هذه الخطة العلاجية يمكن أن يكتب لها النجاح عندمايكون لوالدي الطفل دور كبير في التخطيط لها وتطبيقها.

من المهم البدء في برامج التدخل المبكرللتدريب والعلاج عند الأشتباهفي وجود الشلل الدماغي وقبل التشخيص النهائي، فالتشخيص قد يأخذ مدة من الزمن، فكلماأسرعنا في التدريب كان ذلك أفضل، والبداية عادة ما تكون بالعلاج الطبيعي والإجلاسالمناسب كما العلاج الوظيفي، والهدف منها الوصول بقدرات الطفل إلى مستوى أقرانه فينفس العمر، ومنع التشوهات الجسمية قبل حدوثها، هذه التدريبات تعتمد على الوالدينحيث يتم تدريبهما على أستخدام المثيرات الحسية والتدريبات والأوضاع الصحية للطفل،وهذه البرامج تبدأ في الأشهر الأول من العمر.

يحتاج الطفل إلى التدريب الحركي والتعليمي والسلوكي في كل مرحلة من مراحل حياته ، ومن أهم نقاط التدريب الأساسية:

التدريب على الحركة, التدريب على التواصل والنطق ,التدريب على قضاء الحاجة في الحمام

,التدريب على العناية بالنفس (تغيير الملابس ، غسل الوجه والبدن ، تنظيف الأسنان ، وغيرها) التدريب

على التغذية (طريقة الأكل ، استخدام الأواني ، أوقات ونوعيات الأكل),المساعدة في المنزل, الرياضة بأنواعها.

كلما كان تدخل الأهل مبكراً ومكثفاً كانت فرص التحسن أكثر وأكبر، وهذا التدخل بالتدريب يجب أن يكون واضحاً مستمراً وبإتجاه واحد ، وتربية الطفل المصاب بالشلل الدماغي لا تختلف عن تربية بقية الأطفال ولكنها تحتاج إلى المثابرة والصبر، فالأهل يستطيعون أن يعلموا الطفل الكثير من المهارات البسيطة اليومية والتعامل الإجتماعي، وهناك نقاط لابد من توضيحها:

1.الطفل يتعلم بسرعة إذا كان ما يتعلمه فيه متعة.

2.الطفل يرغب في التشجيع والمكافئة.

3.الطفل يتعلم المهارة الجديدة إذا جزئت إلى خطوات بسيطة بدلاً عن دفعة واحدة.

4.مساعدة الطفل على أداء المهارة ثم تقليل الأعتماد بصورة تدريجية.

5.تعليم المهارة الأبسط ثم التدرج إلى أنواع أخرى.

6.لكل مرحلة عمرية قدراتها ولكل طفل قدراته الخاصة.

7.المثابرة والصبر فقد تحتاج المهارة الواحدة مدة طويلة.

لا يوجد أدويةعلاجية تشفي الطفل المصاب بالشلل الدماغي ولكن الطبيب قد يصف بعض العلاجات المساعدة ومنها:

أدوية لتخفيف التقلص العضلي وزيادة التناغم بينها، ولكن هذه الأدوية ذات مفعول مؤقت حيث ترتخي العضلات لفترة معينة ثم تعود للتقلص، ولكنها تستخدم في بعض مراحل العلاج.أدوية الصرع للأطفال المصابين به والحديد والفيتامينات لمنع نقصها, الأغذية المناسبة لكل مرحلة عمرية لمنع حدوث سوء التغذية.

لا يوجد علاج جراحي للشلل الدماغي ولكن هناك بعض العمليات الجراحية التي يتم عملها لتسهيل العلاج الطبيعي وتقليل التشوهات الحركية ، وتلك العمليات تجرى في مراحل عمرية معينة بعد حصول الطفل على مهارات حركية معينة، وأخصائي الجراحة سوف يعطيكم الصورة الكاملة لذلك، ومن تلك العمليات:

القيام بجراحة للعضلات والأوتار المتقلصة لزيادة طولها

التدخل الجراحي على المفاصل والعظام لإصلاح التشوهات الحاصلة بها

من الأمور المهملة في السودان هي التأثيرات النفسية للإعاقة على الطفل وعائلته، وقد لايستطيع الطفل التعبير عن نفسه وعن حاجاته، وتلك الحاجات يجب أن ندركها فهو طفل كغيره من الأطفال لديه أحاسيس ومشاعر وإنفعالات، وهو بحاجة إلى الإحتكاك للتعلم من الحياة ، كما أن العائلة تقاسي في البحث عن العلاج والإرشاد لما تستطيع عمله لطفلها، كما أن رعاية الطفل تحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد ، كل

ذلك ينعكس بتأثيرات سلبية عليها ، مما قد يؤثر على الإستقرار العائلي وعلاقة العائلة بعضها البعض، كلذلك يجعلنا نؤكد على أهمية الدعم الإجتماعي للعائلة بالإضافة إلى إحتياجها للدعم والتوجيه النفسي.

سيلان اللعاب من الأعراض الرئيسة لحالات الشلل الدماغي، وتحدث نتيجة الشلل الحاصل لعضلات الوجه والفم وكذلك عضلات البلع، وإن لم يكن لها أضرار مباشرة فإنها تقلق الوالدين وتؤثرعلى نفسية الطفل، وعادة ما يقوم المعالج الوظيفي بمساعدة الوالدين للقيام بتمارين لعضلات الفم كي تقوم بعملها بشكل أفضل ومن ثم الإقلال من سيلان اللعاب، ومن تلك التمارين:

أ. الأهتمام بالأسنان واللثة للوقاية من الإلتهابات والتسوس وهو مايزيد من سيلان اللعاب

ب. تدريب الطفل على مهارات النفخ بطرق متعددة مثل نفخ البالونة ، نفخ الصفارة.

التصفير وهي محاولة لإغلاق الفم والنفخ.

ج. وضع قطرات من عصير الليمون في الفم وبذلك يقوم الطفل غريزياً بإبتلاعه وهو ما يقوي عضلات البلع

د. تدريب وتعويد الطفل على مسح اللعاب بين فترة وأخرى.

كيفية التعامل مع مشاكل الكلام والنطق ؟

عدم القدرة على الكلام بوضوح من المشاكل الشائعة في حالات الشلل الدماغي، ويعتمد العلاج على السبب، فإذا كان السبب هي إصابة مركز الكلام في القشرة الدماغية فذلك عطل لا يمكن علاجه، ولكن يجب على العائلة التركيز على كيفية التواصل مع الطفل وفهم تعبيراته غير الصوتية كتعبيرات الوجه والإشارات، وإذا كانت المشكلة في عضلات الفم واللسان فيمكن بمساعدة أخصائي النطق من تدريب الطفل على الكلام، وهنا يجب أن لا ننسى أن الطفل الذي لا يسمع لا يتكلم، وعليه يجب قياس السمع للطفل بشكل دوري لمعرفة وجود أي نقص في الفريق الطبي والعلاجي:

أهمية تكوين الفريق الطبي وتنظيمه وترتيب قواعد عمله أمر ضروري، فيجب أن تكون هناك فلسفة مشتركة للعمل والعمل كوحدة واحدة ، كما أن المهارة والخبرة ضرورية بجانب الرغبة في العمل بإخلاص فالجميع يعمل لهدف واحد، ونجاح كل فرد من هذه المجموعة يعتمد على نجاح الآخرين، لذلك يجب أن يكون هناك تواصل بين أعضاء الفريق حول ما تم إنجازه وما يفترض تنفيذه وما يتوقع من نتائج ، هذه المجموعة تتكون من:

أخصائي طب الأطفال ,أخصائي جراحة العظام ,تمريض ,أخصائي علاج طبيعي ,أخصائي علاج وظيفي ,أخصائي اجتماعي ,أخصائي نفسي ,أخصائي تغذية ,أخصائي سمعيات ,أخصائي نطق وتحادث ,أخصائي عيون وبصريات ,مدرس تعليم خاص. الأطباء الأستشاريون:أطباء متخصصون كل في مجاله (العيون ، الأنف والأذن والحنجرة ، أخصائي أعصاب ، أسنان ، غيرهم).

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج التجريبى ذو التصميم التجريبي الحقيقي .العامل الأساسي في التصميم التجريبي الحقيقي هو التعيين العشوائي لمجموعات المعالجة، وضبط المتغيرات الخارجية وضبط الصدق الداخلي والخارجي وذلك لإزالة أثر الفروق بين أفراد المجموعات، وهنالك عدة تصميمات تندرج كلها تحت التصميم التجريبي الحقيقي وقد اختارت الباحثة تصميم المجموعة الضابطة مع إختبار قبلي . بعدي، ويعتبر هذا التصميم إمتداداً لتصميم المجموعة الواحدة مع إختبار قبلي بعدي وهو ملائم تماما لهذا البحث.

مجتمع الدراسة:يتكون مجتمع الدراسة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغى الذين يترددون على دار ششر فى الفترة من مارس الى يونيو 1999 والبالغ عددهم (72) طفلا.

جدول رقم (1) يوضح مجتمع الدراسة

المتغيرات	مستويات المتغير	التكرار	النسبة%
النوع	ذكر	41	56,94
	انثى	31	43,06
العمر	الميلاد-6	12	16,66
	6-12	40	55,55
	12- مافوق	20	27,77
القدرات العقلية	100-115	8	11,11
	89-100	10	13,88
	70-89	14	19,44
	51-70	26	36,11
	51- مادون	14	19,44

عينة الدراسة:

تم إختيار العينة بالطريقة العمدية ، من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (6– 12 سنة) وتتراوح قدراتهم العقلية بين (51 – 89 درجة) على مقياس الذكاء ستانفورد بيئية المقنن على البيئة السودانية، وكان عددهم عشرون طفلاً، نصف أفراد العينة درجاتهم على مقياس القدرات العقلية دون السبعين، والنصف الآخر درجاتهم على مقياس القدرات العقلية فوق السبعين درجة.

أدوات الدراسة:الأدوات التي استخدمها الباحثان في الدارسة هي:

1) **مقياس القدرات العقلية:** مقياس القدرات العقلية (ستانفورد بينيه) المعدل والمقنن على البيئة السودانية تعديل (مها صادق بشير، جامعة الخرطوم عام 1992م) يبدأ المقياس من سن سنتين إلى سن أربعة عشر سنة، ثم الراشد المتوسط ، والمتفوق (1) (2) (3) وقد استخدم الجزء الذي يشمل الفئة الأولى، من سنتين إلى 12 سنة، والذي يقيس القدرة على الفهم، ونمو اللغة والإدراك البصري – والنمو الحركي – وتكوين المفاهيم والذاكرة المباشرة.

2) مقياس السلوك التوافقي: أعد بواسطة لجنة جمعية التخلف العقلي الأمريكي. وترجم وقنن على البيئة المصرية، وقد قننته الباحثة رقية السيد في رسالة الدكتوراه 1999م – وهو يقيس السلوك التوافقي للأطفال والراشدين، وقد ركزت الباحثة على الجزء الأول، الذي يشتمل على المهارات التي تعتبر أساسية وهامة في الاعتماد على النفس والاستقلال في الحياة اليومية.

3) البرنامج المقترح:على ضوء الحاجات الأساسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، ومهاراتهم التي شملها مقياس السلوك التوافقي والقدرات العقلية، فقد صمم الباحثان برنامج يشمل الوحدات التالية: 1/ مهارة تناول الطعام 2/ مهارة الشرب 3/ مهارة غسل الوجه واليدين 4/ مهارة الاستحمام 5/ مهارة ارتداء الملابس والأحذية 6/ مهارة تنظيف الأسنان

7/ مهارة استخدام المرحاض. عرض البرنامج على محكمين لتحقيق الصدق الظاهري.

طريقة جمع المعلومات:

بعد اختيار العينة والتي تتكون من عشرين طفلا وطفلة من المصابين بالشلل الدماغي، والذين لم يحصلوا على تدريب من قبل، قسمت العينة إلى مجموعتين (أ) وهي: العينة الضابطة، وتتكون من عشرة أطفال، ومجموعة (ب) ضابطة تكون من عشرة أفراد، طبق مقياس القدرات العقلية والسلوك التوافقي على

المجموعتين ورصدت الدرجات، ثم طبق البرنامج المقترح في يوليو 1999م. طبق على المجموعة التجريبية البرنامج المقترح، بجانب برنامج العلاج الطبيعي أما المجموعة الضابطة فقد طبق عليها برنامج العلاج الطبيعي فقط، وكانت مدة التطبيق عام دراسي من يوليو 1999م إلى مارس 2000م. وبعد تطبيق البرنامج طبق مقياس السلوك التوافقي والقدرات العقلية مرة ثانية، ورصدت الدرجات تمت مقارنة الدرجات القبلية والبعدية بواسطة تحليل التباين واختبار (ت).

عرض النتائج ومناقشتها:

يقوم الباحثون فى هذا الجزء من الدراسة بعرض النتائج التي أسفر عنها التحليل الإحصائي ومناقشتها وذلك بعرض نتيجة كل فرض على حده كما يلى:

الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج العلاج الطبيعي، وبين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج مهارات الحياة اليومية، بجانب العلاج الطبيعي، في القدرات العقلية لصالح الذين أخضعوا لبرنامج مهارات الحياة اليومية.

ولبحث نتيجة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار(ت) لمعرفة القدرات العقلية لدى المصابين بالشلل الدماغى بعد تطبيق برنامج مهارات الحياة اليومية.

جدول رقم (2) يوضح نتيجة إختبار (ت) للفرق بين المجموعتين التجربية والضابطة فى القدرات العقلية قبل تطبيق برنامج مهارات الحياة اليومية.

المتغيرات	مجموعتا المقارنة	عدد الحالات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الاستنتاج
القدرات العقلية	التجربية	10	59,9 0	3,50	1,05	,138	لايوجد فرق دال بين المجموعتين
	الضابطة	10	59,0 5	3,56			

جدول رقم (3) يوضح نتيجة إختبار (ت) للفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة والقدرات العقلية بعد تطبيق برنامج مهارات الحياة اليومية.

المتغيرات	مجموعتا المقارنة	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
القدرات	التجريبية	64,86	5,04	3,72	0,005	توجد فروق قبل وبعد التطبيق

العقلية	الضابطة	59,05	3,56				

يلاحظ من الجدول أعلاه بان هناك فروق دالة إحصائيا فى القدرات العقلية بعد تطبيق برنامج مهارات الحياة اليومية على المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة مما يدل على فاعلية برنامج الحياة اليومية فى تحسين القدرات العقلية لدى المصابين بالشلل الدماغى . تأكيدا لأهمية ذلك ذكرت كرستين مايلز (1994م) إن الغالبية العظمى من حالات التخلف العقلي المصاحبة للشلل الدماغي من المستوى البسيط مع الإشارة إلى أنه لا يوجد علاقة بين شدة الإصابة بالشلل الدماغي وشدة الإصابة بالتأخر العقلي, فهناك أطفال يعانون الشلل الدماغي البسيط ولا تظهر أعراضه بشكل واضح ويكون متخلفا عقليا وبدرجه شديدة والعكس, فهنالك أطفال مصابون بشلل دماغي وتظهر أعراضه المتوسطة والشديدة ويتمتعون بقدرات عقليه طبيعية. وإن هناك علاقة ارتباطية طردية بين تدريب الأطفال المصابين بالشلل الدماغى فى مجال الرعاية الذاتية والنمو الإجتماعى والنمو اللغوى والحركى وبين النمو العقلى.

الفرض الثانى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين أخضعوا لبرامج العلاج

الطبيعي، وبين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذي أخضعوا لبرامج الحياة اليومية بجانب العلاج الطبيعي، في السلوك التكيفي لصالح الذين أخضعوا لبرنامج مهارات الحياة اليومية.

جدول رقم (4) يوضح نتيجة إختبار (ت) للفرق بين المجموعتين التجربية والضابطة في السلوك التكيفى قبل تطبيق البرنامج

المتغيرات	مجموعتا المقارنة	عدد الحالات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الاستنتاج
التكيف الاجتماعي	التجربية	10	24,90	4,93	1,14	,891	لايوجد فرق دال بين المجموعتين
	الضابطة	10	25,20	4,70			

جدول رقم (5) يوضح نتيجة إختبار (ت) للفرق بين المجموعتين التجربية والضابطة في السلوك التكيفى بعد تطبيق برنامج مهارات الحياة اليومية.

المتغيرات	مجموعتا	المتوسط	الانحراف	قيمة	القيمة	الاستنتاج

	المقارنة		المعيارى	(ت)	الاحتمالية	
التكيف	الضابطة	25,20	4,70	8,19	0,001	توجد فروق قبل وبعد التطبيق
الاجتماعي	التجريبية	34,20	9,30			

يلاحظ من الجدول اعلاه بان هناك فروق دالة إحصائيا فى السلوك التكيفى بعد تطبيق برنامج مهارات الحياة اليومية على المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة ممايدل على فاعلية برنامج الحياة اليومية فى تحسين السلوك التكيفى لدى المصابين بالشلل الدماغى.

يؤكد ذلك جمال الخطيب(1997) يحتاج الطفل إلى التدريب الحركي والتعليمي والسلوكي في كل مرحلة من مراحل حياته ، ومن أهم نقاط التدريب الأساسية:

التدريب على الحركة

التدريب على التواصل والنطق

التدريب على قضاء الحاجة في الحمام

التدريب على العناية بالنفس (تغيير الملابس ، غسل الوجه والبدن ، تنظيف الأسنان ، وغيرها)

التدريب على التغذية (طريقة الأكل ، استخدام الأواني ، أوقات ونوعيات الأكل .)

المساعدة في المنزل , الرياضة بأنواعها. ويضيف فاروق الروسان()

كلما كان التدخل الأهل مبكراً ومكثفاً كانت فرص التحسن أكثر وأكبر، وهذا التدخل بالتدريب يجب أن يكون واضحاً مستمراً وبإتجاه واحد ، وتربية الطفل المصاب بالشلل الدماغي لا تختلف عن تربية بقية الأطفال ولكنها تحتاج إلى المثابرة والصبر، فالأهل يستطيعون أن يعلموا الطفل الكثير من المهارات البسيطة اليومية والتعامل الإجتماعي، وهناك نقاط لابد من توضيحها:

1. الطفل يتعلم بسرعة إذا كان ما يتعلمه فيه متعة.
2. الطفل يرغب في التشجيع والمكافئة.
3. الطفل يتعلم المهارة الجديدة إذا جزئت إلى خطوات بسيطة بدلاً عن دفعة واحدة.
4. مساعدة الطفل على أداء المهارة ثم تقليل الأعتماد بصورة تدريجية.
5. تعليم المهارة الأبسط ثم التدرج إلى أنواع أخرى.
6. لكل مرحلة عمرية قدراتها ولكل طفل قدراته الخاصة.
7. المثابرة والصبر فقد تحتاج المهارة الواحدة مدة طويلة.

النتائج:

استفاد الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، من برنامج مهارات الحياة اليومية بدرجة جوهرية، بالمقارنة مع أولئك الذين لم يطبق عليهم، إذ زادت درجاتهم على مقياس السلوك التكيفي.
ارتفعت درجات المجموعة التي طبق عليها برنامج مهارات الحياة اليومية على مقياس القدرات العقلية، مقارنة بالمجموعة التي لم يطبق عليها بدرجة غير دالة.
ارتفعت درجات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6–8) سنة أكثر من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (9–12) سنة وذلك في مقياس التوافقي بدرجة غير دالة.

التوصيات:

1. أهمية التوعية الصحية للأمهات، وتوجيههن بضرورة متابعة الطبيب اثناء فترة الحمل، وضرورة الولادة في المستشفيات.
2. الاهتمام بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وتدريبهم على مهارات الحياة اليومية بجانب العلاج الطبيعي حتى يعتمدوا على أنفسهم.
3. البدء في تدريب الأطفال مبكراً.
4. توعية المجتمع بقضايا الإعاقة بصورة عامة.
5. التركيز على تدريب الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بمساعدة الأمهات، حتى يتم التدريب في بيتهم الطبيعية.
6. تشجيع البحوث والدراسات في مجال الشلل الدماغي حتى يتم تطوير أساليب التدريب.
7. تبادل الخبرات بين المؤسسات القومية والعالمية، حتة يتم الوقوف على أحدث الطرق والأساليب الخاصة بتدريب الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
8. ضرورة التوعية بأن العلاج بالجراحة غير مفيد إلا في الحالات التي بها تشوهات.
9. لا يمكن شفاء الجزء المصاب، لذا يجب مساعدة الطفل ليتعلم كيفية استخدام الجزء غير المصاب حتى يتثني له الإيفاء بحاجاته ويجب أن يتدريب الطفل المصاب بالشلل الدماغي مبكراً حتى نضمن تحسن أكبر.
10. يجب تعميم تطبيق اختبار أبقر (Apgar Test) على كل المستشفيات، ومن قبل كل القابلات حتى في المنازل.

المراجع:

1. بتلر هتلر (1995م) التربية الخاصة، ترجمة أسعد حزام، دار الفكر، القاهرة.
2. صفي ليفتت (1990م) نحن أيضا نلعب ونتحرك (الطبعة الأولي) ورشة الموارد العربية قبرص.
3. فاروق صادق (1988م) مفاهيم حول الطفل المعوق، مركز دراسات معوقات الطفولة، القاهرة.
4. عصام الصفدي (2002م) ,الإعاقة الحركية والشلل الدماغي, مطبعة اليازورى عمان.
5. على محمد حمادة (1999) الشلل الدماغى الاسباب وطرق العلاج.
6. فتحي السيد عبد الرحيم (1982م) سيكولوجية الأطفال غير العاديين، الجزء الثاني، الكويت، دار القلم.
7. كرستين مايلز (1994م) التربية المختصة، ورشة الموارد العربية، قبرص.
8. ليل كرم الدين (1992م) الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل تعديلها، مركز دراسات الطفولة، القاهرة.
9. ماجدة السيد (1999م) الإعاقة الحسية الحركية, دار صفاء, عمان.
10. منى الحديدي، وجمال الخطيب (1997م) مدخل إلى التربية الخاصة، الكويت مكتبة الفلاح,
11. منى سيد (1994م) التدخل المبكر، مركز دراسات الطفولة، القاهرة.

12-Barbara Sirvisis, 1988, Teaching, Exceptional children, student with special Health care needs, summer.

13- Baroff. G. S 1974: "physical handicapped : Nature, cause, & Management" Washington, John, Wiley & Sons.

14-Rowitz, L.; 1986 : " Multiprofessional perspectives on prevention", Jou. Of M.R.24, p.p.1.3.

15-Sailor, w. & Guess, D.; 1983: "Severely Handicapped Students", Bust on, Houghton Mifflin Co.