

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الأروطوفونيا

علم النفس العيادي

أثر المقابلة التحفيزية على أسرة الطفل المشلول دماغيا لإنجاز التمارين
العلاجية التي يقدمها الفريق الطبي.
(دراسة حالة لأسرة طفل مشلول دماغيا)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر - تخصص علم النفس الإكلينيكي-

إشراف الأستاذة:

محرزي مليكة

إعداد الطالبة:

معروف يحيياوي ياسمين

لجنة المناقشة :

الإسم و اللقب	الصفة	الجامعة الأصلية
أ. كبداني خديجة	الرئيس	جامعة وهران 2
أ. محرزي مليكة	المُشرف	جامعة وهران 2
أ. ملال صفية	عضو مُناقش	جامعة وهران 2

2021-2020

إهداء:

إلى أحن وأعز شخص على قلبي، أُمي الحبيبة والغالية.

إلى أبي وسندي ومصدر أمانِي.

إلى كل إخوتي وأخواتي وأطفالهم، وإلى كل عائلة معروف يحيَاوي.

إلى عائلة راشي عائلتي الثانية.

إلى سندي وروحي وزوجي العزيز.

إلى ابني الذي قرب موعد ولادته إن شاء الله.

إلى كل زميلاتي في الجامعة، وخاصة الزميلة مرحوم سمية.

إلى كل أساتذة قسم علم النفس بجامعة وهران.

إلى أستاذتي المشرفة على المذكرة محرزِي مليكة.

شكر وتقدير:

أشكر كل من ساهم في مساعدتي لإنهاء هذه المذكرة حتى وإن كانت المساعدة بسيطة أو بدعاء. كما أشكر كل الأساتذة الذين ساهموا في تكويننا فلولاهم لما وصلنا لما نحن عليه اليوم.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أستاذتي الحبيبة **محززي مليكة** لقبولها دعوة الإشراف على هذه المذكرة، وعلى كل المجهودات التي قامت بها، سواء بالمعلومات التي لم تبخل عني بها، أو التصحيح و التأيير والإرشاد.

كما أشكر زوجي **راشي يوسف** إسلام الأخصائي النفسي في مصلحة التدريب الوظيفي بمستشفى **كنستال - وهران** - الذي كان زوجا وسندا و مؤطرا لكل هذه الدراسة.

وشكرا جزيلا لكل الطاقم الطبي بمختلف تخصصاته. بمصلحة التدريب الوظيفي لمستشفى الأطفال (**كنستال**)، دون أن ننسى الأسرة التي أجريت معها هذه الدراسة.

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة للكشف عن الأسباب التي تجعل أولياء الطفل المشلول دماغيا يتهاونون ولا ينجزون التمارين العلاجية المنزلية التي يقدمها الطاقم الطبي. والتعرف على تأثير المقابلة التحفيزية على تغيير هذا السلوك.

ومنه تم طرح التساؤل التالي:

هل للمقابلة التحفيزية أثر على تحفيز أسرة الطفل المشلول دماغيا لإنجاز التمارين العلاجية المنزلية؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم صياغة الفرضية الآتية:

للمقابلة التحفيزية أثر على تحفيز أسرة الطفل المشلول دماغيا لإنجاز التمارين العلاجية المنزلية.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بدراسة في مستشفى الأطفال كنستال بمصلحة التدريب الوظيفي حيث استخدمنا المنهج العيادي وأدواته وهي:

- دراسة الحالة.

- المقابلة التحفيزية.

- تقنية المراقبة الذاتية، والواجبات المنزلية.

وذلك بإجراء مقابلات مع أسرة لها طفل مشلول دماغيا.

وفي الأخير نقول أن فرضية البحث قد تحققت من خلال أهم النتائج التي توصلنا إليها عبر هذه الدراسة، حيث يتجلى أن المقابلة التحفيزية لها أثر فعال في تغيير السلوك.

Résumé :

Cette étude vise à indiquer les raisons qui empêchent les parents d'enfants paralysés cérébraux à ne pas effectuer les exercices thérapeutiques à domicile fournis par l'équipe médicale. Et d'identifier l'impact de l'entretien motivationnel sur le changement de ce comportement.

De ce fait, la problématique de cette étude est la suivante :

L'entretien motivationnel a-t-il un impact sur la famille de l'enfant paralysé cérébral afin de réaliser les exercices thérapeutiques à domicile ?

Afin de répondre à cette question, l'hypothèse suivante a été formulée :

L'entretien motivationnel provoque un changement dans le comportement de la famille de l'enfant paralysé cérébral pour effectuer les exercices thérapeutiques à domicile.

Afin de vérifier la validité d'hypothèse, une étude a été effectuée au niveau de l'hôpital pédiatrique de **Canastel** au niveau de service rééducation fonctionnelle, en se basant sur la méthode clinique et ses outils:

- Etude de cas.
- L'Entretien Motivationnel.
- Technique D'auto-surveillance.

On cette étude a montrée l'importance de l'entretien motivationnel dans le changement positif des comportements des parents d'enfants paralysés.

قائمة المحتويات:

الصفحة	العنوان
..... أ.....	1- إهداء.....
..... ب.....	2- شكر و تقدير.....
..... ج.....	3- ملخص البحث.....
..... ه.....	4- قائمة المحتويات.....
..... ي.....	5- قائمة الجداول و الصور.....
..... 1.....	6- مقدمة.....
	الجانب النظري
	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة.
04	1- إشكالية البحث.....
06	2- فرضيات البحث.....
06	3- دوافع اختيار الموضوع.....
07	
07	

	4- أهداف الدراسة.....
	5- أهمية البحث.....
	6- التعاريف الإجرائية.....
	الفصل الثاني: المقابلة التحفيزية.
	تمهيد.....
09	.
09	1- تعريف المقابلة التحفيزية.....
10	2- أهداف المقابلة التحفيزية.....
10	3- أساسيات المقابلة التحفيزية.....
11	4- تقنيات المقابلة التحفيزية.....
12	5- مراحل المقابلة التحفيزية.....
14	6- التحفيز
14	8- الدافعية إلى التغيير (نموذج بروشاسكا و ديكليماتت).....

	<p>7- حديث التغيير (حوار الدافعية الذاتية)</p> <p>.....</p> <p>9- إستراتيجيات مقابلة التحفيز لتحسين الالتزام بالعلاج.....</p> <p>10- استخدام مقابلة التحفيز مع الأسر.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>الفصل الثالث: الشلل الدماغي.</p>
18	<p>تمهيد.....</p> <p>.....</p>
19	<p>1- نبذة تاريخية عن الشلل الدماغي.....</p>
20	<p>2- تعريف الشلل الدماغي.....</p>
20	<p>3- أسباب الشلل الدماغي.....</p>
24	<p>4- أنواع الشلل الدماغي.....</p>
24	<p>5- تصنيف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإصابة.....</p>
26	<p>6- تصنيف الشلل الدماغي تبعا للأطراف المصابة.....</p>
27	<p>7- الإعاقات الثانوية المصاحبة للشلل الدماغي.....</p>
28	<p>.....</p>

	8- تشخيص الشلل الدماغي.....
	9- علاج الشلل الدماغي.....
	10- واقع الشلل الدماغي في الجزائر ونسبة الانتشار.....
	..... خلاصة
	..
	الفصل الرابع: مشاركة أسرة الطفل في البرامج العلاجية
	تمهيد.....
31	1- تعريف
32	..... الأسرة
32	2- الدور المشترك للوالدين.....
33	3- تعريف التمارين العلاجية.....
34	4- أهداف التمارين العلاجية.....
35	5- واجبات الأسرة اتجاه الطفل المشلول دماغيا.....
36	6- العلاقة بين المهنيين ووالدي الطفل المشلول دماغيا.....
40	

	7- العلاج بالمشاركة وتدريب أسرة الطفل المشلول دماغيا.....
43	8- التعاون الفاعل من قبل أسرة الطفل المشلول دماغيا.....
43	
45	9- دور الأسرة في تأهيل الطفل المشلول دماغيا.....
46	10- التأهيل النفسي لأسرة الطفل المشلول دماغيا.....
47	-
48	.....خلاصة
49	الفصل الخامس: الطاقم الطبي.
50	.....تمهيد
52	1- تعريف الطاقم الطبي.....
53	2- أعضاء الطاقم الطبي.....
	3- الأطباء.....
	4- المعالج المهني والتمارين العلاجية التي يقدمها.....
	5- المعالج الطبيعي والتمارين العلاجية التي يقدمها.....

	<p>6- أخصائي التربية الحس-حركية والتمارين التي يقدمها.....</p> <p>7- مقوم الأعضاء الاصطناعية.....</p> <p>8- المختص الأرطفوني والتمارين العلاجية التي يقدمها.....</p> <p>9- المربي الخاص وأهداف التربية الخاصة.....</p> <p>10- الأخصائي النفسي ودوره.....</p> <p>..... خلاصة</p>
	<p>الجانب التطبيقي:</p> <p>الفصل السادس: الإجراءات التطبيقية.</p>
57	1- منهج الدراسة و أدوات البحث.....
58	.....
60	2- الحدود المكانية، الزمانية، والبشرية.....
62	.....
62	3- جدول المقابلات.....
62	.....
63	4- العلاقة الإيجابية فاحص-مفحوص.....
63	.....
63	5- العقد العلاجي.....
64	.....
65	6- قياس الدافعية للتغيير.....
69	.....

	7- تقنية المراقبة الذاتية.....
	8- جدول التمارين العلاجية.....
	9- عرض الحالة.....
	10- ملخص المقابلات.....
	الفصل السابع: تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات.
75	1- مناقشة قياس الدافعية للتغيير.....
75	
76	2- مناقشة تقنية المراقبة الذاتية.....
77	
77	3- مناقشة الفرضية.....
77	
77	4- مناقشة الفرضية.....
79	خاتمة.....
	5- مناقشة التوصيات.....
	6- مناقشة الاقتراحات.....
	7- قائمة المراجع والملاحق.....

قائمة الجداول والمخططات و الصور:

رقم الجدول	قائمة الجداول والمخططات	الصفحة
01	- مخطط يوضح عملية التغيير حسب ميشال بيكي.	13
02	- جدول يوضح الأعضاء الأساسية للطاقم الطبي.	44
03	- جدول يوضح تدخلات الأخصائي النفسي.	55
04	- جدول يوضح المصالح الجراحية والطبية لمستشفى الأطفال كنستال.	59
05	- جدول يوضح عدد وتواريخ الجلسات.	60
06	- جدول يوضح المقابلات.	60
07	- جدول يوضح درجات الدافعية للتغيير.	63
08	- جدول يوضح تقنية المراقبة الذاتية (القياس 1).	63
09	- جدول يوضح تقنية المراقبة الذاتية (القياس 2).	63

64	- جدول يوضح تقنية المراقبة الذاتية (القياس 3).	10
64	- جدول يوضح التمارين العلاجية التي يقدمها الطاقم الطبي.	11
71	- جدول يوضح أسباب عدم التزام الوالدين بالعلاج.	12
الصفحة	قائمة الصور	رقم الصورة
23	- صورة توضح تشنج الأطراف عند الطفل المشلول دماغيا.	01
23	- صورة توضح تشنج الأطراف عند الطفل المشلول دماغيا.	02
25	- صورة توضح الأطراف المصابة عند المشلول دماغيا.	03
47	- صورة توضح تكييف المعالج المهني للحمام.	04
48	- صورة توضح تدليك الأخصائي الطبيعي.	05
49	- صورة توضح المسار العلاجي للتربية الحس-حركية.	06
50	- صورة توضح مساعد لتقويم العظام.	07
52	- صورة توضح تعليم الطفل نطق الألوان.	08
53	- صورة توضح قسم مكيف لأطفال الشلل الدماغي (التربية الخاصة).	09
53	- صورة توضح جلسة علاج نفسي.	10
59	- صورة توضح مستشفى كنستال وموقعه.	11

مقدمة:

إن الشلل الدماغي يعتبر من الأمراض الشائعة في وقتنا الحالي، ففي حوار خاص مع الأوراس نيوز، أكد رئيس الجمعية الوطنية أمل الحياة لحماية أطفال الشلل الدماغي **مقدم أحمد**، أن هذه الفئة تعد الأكثر تهمة من طرف السلطات رغم أن عدد الأطفال المصابين بهذا النوع من الأمراض **بالجزائر يفوق 10 آلاف** طفل لازالت مكاتب الجمعية عبر عديد ولايات الوطن تعمل على إحصائهم بشكل أدق.

ومن المعروف أن علاج الشلل الدماغي أو إعادة التأهيل الوظيفي بمصطلح أدق، كون أن الشلل الدماغي لا يعالج وإنما يخضع لعملية تكفل تتمثل في إعادة التأهيل الوظيفي على المستوى الحركي والمعرفي أيضا. إذ يحتاج التكفل بالطفل المشلول دماغيا فريقا طبيا كاملا ومتكاملا يعمل على تحقيق استقلالية الطفل بأكبر قدر ممكن الوصول إليه. بالاعتماد على العلاج المتعدد التخصصات.

لكن هذا الفريق الطبي المتكون من عدة متخصصين لا يستطيع أن يتكفل وحده بالطفل، كون أن الطفل يمضي معظم أوقاته مع أسرته عامة، ومع والديه أو أمه خاصة. لهذا يتم تدريب الأسرة على كيفية وطريقة إنجاز التمارين العلاجية من طرف الطاقم الطبي المتكفل بالطفل المشلول دماغيا لإعادة إنجاز هذه التمارين العلاجية في المنزل مع الطفل، وذلك لاستمرارية العلاج وتحقيق الأهداف المسطرة، وتحسين العملية العلاجية، بالتالي تحسن حالة الطفل نفسيا وجسديا حتى يصل إلى مستوى من الاستقلالية تسمح له بالاندماج في

المدرسة والمجتمع، إلى أن يصل إلى ما يعرف بالإدماج المهني، وهو إدماج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لمهنة باستطاعته إنجازها.

لكن المشكل هو أن معظم أولياء الأطفال المشلولين دماغيا لا يسمعون لنصائح الفريق الطبي ولا ينجزون التمارين العلاجية في المنزل لعدة أسباب سنحاول أن نحددها من خلال هذه الدراسة. وهنا يكمن دور الأخصائي النفسي الذي يتكفل بالأسرة كاملة باستخدامه لجميع التقنيات العلاجية التي تلقاها خلال مرحلته التكوينية. ومن بين هذه التقنيات المقابلة التحفيزية التي تعد من العلاجات النفسية الحديثة النشأة، والتي تستعمل لتغيير السلوك، كتحسين سلوك الالتزام بالعلاج بالنسبة للأشخاص الغير منضبطين بالعلاج، وهذا ما جعلنا نختار هذه التقنية لتغيير سلوك والدي الطفل المشلول دماغيا نحو التزامهم بنصائح الطاقم الطبي إثر هذه الدراسة التي شملت جانبين، الجانب النظري والجانب التطبيقي.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة.

1. إشكالية البحث.
2. الفرضية.
3. دوافع اختيار الموضوع.
4. أهداف البحث.
5. أهمية البحث.
6. التعاريف الإجرائية.

إشكالية البحث:

لقد اهتم العلماء منذ القديم بدراسة الإنسان و متطلباته محاولين بذلك توفير قدر كبير من الرفاهية تسمح للإنسان بالعيش الكريم حتى تتسنى له الفرصة لحياة أفضل وأرقى، من خلال توفير مختلف المتطلبات الأساسية كالأكل و الشرب و التعليم و العلاج. إذ يعد هذا الأخير من الحاجيات الأساسية للحياة، خاصة في عصرنا الحالي أين وصل العلاج إلى أرقى مستوياته في شتى التخصصات الطبية والشبه طبية والنفسية و باقي التخصصات، كما يعد حقا من حقوق كل المواطنين إذ لا يوجد شخص في عصرنا الحالي لم يتلقى علاجا ما لمرض ما. و العلاج في حد ذاته قد تطور تطورا ملحوظا إلى أن وصل إلى ما يعرف اليوم بالعلاج المتعدد التخصصات، أي أن المريض يتلقى عدة علاجات بعد ما يتم تشخيص المرض الذي قد أصيب به من قبل طاقم طبي كامل ومتخصص في شتى المجالات.

و يعمل الفريق الطبي على تطبيق برامج التأهيل الشامل من طرف متخصصين في مجالات التأهيل المختلفة معتمدين على الطريقة العلاجية المثلى وهي العمل كفريق متكامل، و الرعاية الكاملة منذ الانتقال من السرير إلى الكرسي ذي العجلات و استعمال الحمام و الاعتماد على النفس في المأكل و الملابس و النظافة الشخصية، وتزويد المصاب بالأدوات المساعدة للاستعمال الشخصي حسب الإصابة مثل الكتابة، الرسم، الخزف، و الطبخ. (د. عصام حمدي الصفيدي. 2007. ص143).

ومن الأمراض الشائعة التي تتطلب هذا النوع من العلاج و التي سنتحدث عنها في هذا البحث هو مرض الشلل الدماغي. ففي حوار خاص مع الأوراس نيوز، أكد رئيس الجمعية الوطنية أمل الحياة لحماية أطفال الشلل الدماغي مقدم أحمد، أن هذه الفئة تعد الأكثر تهميشا من طرف السلطات رغم أن عدد الأطفال المصابين بهذا النوع من الأمراض بالجزائر يفوق 10 آلاف طفل لازالت مكاتب الجمعية عبر عديد ولايات الوطن تعمل على إحصائهم بشكل أدق.

حسب هناندة والخفش يعد الشلل الدماغي مجموعة من إصابات الدماغ العضوية ينتج عنها أعراض عصبية مختلفة، و يكون الشلل الحركي العارض هو الأكثر وجودا بين هذه الأعراض، فهو اضطراب في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة يحدث نتيجة تشوه أو تلف في الأنسجة العصبية الدماغية

مصحوبا باضطرابات حسية و معرفية و انفعالية. و الشلل الدماغي هو أحد الإعاقات الجسمية في الجانب الحركي يظهر على شكل ضعف في الحركة أو شبه شلل، أو عدم تناسق في الحركة يسببه تلف مناطق الحركة في الدماغ، وهو لا يشمل المشكلات الحركية الناجمة عن إصابات النخاع الشوكي. (هناندة و الخفش. 2005. ص5)

تحتوي أغلب المستشفيات و العيادات على جناح خاص بإعادة التأهيل الوظيفي أين نجد أطفال الشلل الدماغي يهتم بهم فريق طبي خاص ومتكامل يقومون بالعلاج المتعدد التخصصات من أطباء عاميين ومتخصصين، أخصائيين و معالجين نفسانيين، مختصين في الأرطوفونيا و التصحيح الشفوي، مختصين في العلاج الطبيعي و المهني، و التربية الحس-حركية... إلخ

لكن هذا الفريق لا يقدم المساعدة و العلاج لوحده و إنما يطلب من أولياء الأطفال المساعدة في تقديم العلاج من خلال مجموعة من التمارين العلاجية و الواجبات التي تنجز في المنزل مع الأطفال من أجل الحصول على نتائج علاجية حسنة، كون أن الطفل يمضي وقت طويل مع والديه مقارنة بالفريق الطبي الذي تكون تدخلاته الطبية خلال ساعة على أكثر تقدير.

هنا يمكن الإشارة إلى هدف علم النفس الصحي بوجود مساندة كل أفراد الأسرة خاصة الوالدين لمن يكون ضعيفا بين أفراد الأسرة أو ناقص النضج، أو مريضا أو مصابا بإعاقة جسمية أو عقلية. (د. أحمد محمد مبارك الكندري. 1996. ص19).

في حين أن غالبية الأولياء لا ينجزون التمارين العلاجية لأسباب متعددة ثم يقومون بالتذمر على أفراد الطاقم الطبي لأن أطفالهم لم يتحسنوا. وهنا يكمن دور الأخصائي النفساني في تدخل من أجل تحديد الأسباب التي تمثل عائق لمشاركة الأولياء في مساعدة أبنائهم على إنجاز التمارين العلاجية المنزلية ويكون ذلك بالاعتماد على المنهج العيادي الإكلينيكي وأدواته من خلال عدة مقابلات عيادية مع استعمال مختلف التقنيات العلاجية ومن بين هذه التقنيات، المقابلة التحفيزية، التي استعملتها العديد من الدراسات لغرض التغيير، أو بمفهوم أدق تحفيز الأشخاص على التغيير خاصة مع الأشخاص الغير ملتزمين بالعلاج و من بين هذه الدراسات.

دراسة هارالاند وزملاؤه سنة (1999) على عينة من البالغين في منتصف العمر في أحد مراكز الممارسة العامة لتقييم كفاءة المقابلات التحفيزية في تعزيز النشاط البدني. بالإضافة إلى استخدام مجموعة ضابطة لم تتلقى العلاج، استخدمت الدراسة أيضا مجموعتين منفصلتين تلقتا المقابلات التحفيزية بغرض زيادة النشاط البدني بدون التسجيل في أنشطة معينة على وجه التحديد. تلقت المجموعة الأولى ست جلسات، بينما تلقت المجموعة الثانية جلسة واحدة. أظهرت كلتا مجموعتي المقابلات التحفيزية عند نقطة المتابعة

التي تمت بعد 12 أسبوع تحسنا كبيرا ومتساويا مقارنة بالمجموعة الضابطة. (صابر أحمد عبد الموجود. 2012. ص395).

دراسة وولارد وآخرون (1995) على عينة مرضى ارتفاع ضغط الدم تحت الرعاية، قسمت لمجموعتين، المجموعة الأولى قدم لهم ست جلسات باستخدام المقابلة التحفيزية، في حين تلقت مجموعة الثانية الرعاية المعتادة دون أي مقابلة تحفيزية. عند نقطة المتابعة بعد 18 أسبوع كان أداء المجموعة الأولى أفضل بكثير من المجموعة الثانية، حيث أظهرت الدراسة انخفاضات كبيرة في كل من الوزن وضغط الدم. (صابر أحمد عبد الموجود. 2012. ص396).

تطرقنا لهاتين الدراستين لما تجمعهما من تشابه مع دراستنا فالدراسة الأولى والتي كانت لتعزيز النشاط البدني تتشابه مع دراستنا في تحفيز الوالدين على القيام بالتمارين العلاجية، أما الدراسة الثانية التي كانت على مرضى ارتفاع الضغط الدموي، فهي تتشابه مع دراستنا في عدم الالتزام بالعلاج.

و من خلال هذا التمهيد يمكننا أن نطرح التساؤل التالي :

هل للمقابلة التحفيزية أثر على تحفيز والدي طفل الشلل الدماغي لإنجاز التمارين العلاجية التي يوصي بها الطاقم الطبي ؟

الفرضية:

- للمقابلة التحفيزية أثر على تحفيز والدي طفل الشلل الدماغي لإنجاز التمارين العلاجية التي يوصي بها الطاقم الطبي.

دوافع اختيار الموضوع:

- التعرف عن الأسباب التي تدفع الأولياء للتهاون على إنجاز التمارين العلاجية المقدمة من الفريق الطبي.

- تسليط الضوء على هذه الفئة التي تعاني من التهميش.

- وجود هذه المشكلة بكثرة في المحيط الخاص.

أهداف البحث:

- التعرف على فعالية المقابلة التحفيزية.

- ضرورة التزام الآباء بالنصائح و الأعمال الموجهة من طرف الطاقم الطبي.
- تمكين القارئ من أخذ صورة عامة عن الموضوع.
- تقديم البحث وإلقاء الضوء على المشاكل بمختلف أنواعها التي يتلقاها الطاقم الطبي.
- توضيح المعلومات العلمية حول هذا المرض لتفادي الخرافات و العلاجات الزائفة.
- تقديم يد العون لأولياء الطفل المصاب بشلل دماغي.
- تحفيز الأولياء لتحسين صحة الأطفال النفسية و الجسمية.
- تحفيز الأولياء من أجل مساعدة الطاقم الطبي.

أهمية البحث :

- التأكد من صحة الفرضية، و الوصول لإجابة عنها.
- التعرف على نفسية آباء أطفال الشلل الدماغي والمشاكل التي تواجههم.
- التعرف على المشاكل التي يعاني منها الطاقم الطبي والتي تكون بمثابة العراقيل التي تعرقل طريق العلاج.
- فتح أفق جديد لإعادة النظر في مثل هذه المشاكل والتي تعد نادرة الدراسة.

التعريف الإجرائية:

المقابلة التحفيزية: هي تقنية من التقنيات العلاجية تستعمل عادة للتحفيز و لتقديم الدافعية للمريض نحو التغيير. ونقصد بها في بحثنا التقنية التي استعملت مع أولياء أطفال الشلل الدماغي لغرض تحفيزهم على الالتزام بالعلاج.

الشلل الدماغي: هو عبارة عن ضرر أو تلف على مستوى الدماغ قبل الولادة، أثناء الولادة أو بعدها، مما يؤدي إلى اضطرابات بالغة في الحركة مع ردود فعل غير طبيعية كارتخاء أو تصلب العضلات. وتظهر أعراض الشلل الدماغي في مرحلة الطفولة الأولية حيث يلاحظ الطفل من خلال تأخر النمو الحس-حركي مقارنة بالطفل العادي. ونخص بها العينة التي استعملت في الدراسة.

التمارين العلاجية: هي عبارة عن مجموعة من التمارين يقوم بها بعض المختصين في مجالات مختلفة لغرض العلاج، شرط أن تكون هذه التمارين مدروسة علميا و قد حققت نتائج إيجابية، كما يمكن تعليمها للأولياء لإنجازها في المنزل للمساعدة في تحسين حالة الطفل المشلول دماغيا. واستعملت في بحثنا على عينة أطفال الشلل الدماغي الذين يتابعون في مصلحة التدريب الوظيفي.

الفصل الثاني: المقابلة التحفيزية.

تمهيد.

1. تعريف المقابلة التحفيزية.
2. أهداف المقابلة التحفيزية.
3. أساسيات المقابلة التحفيزية.
4. تقنيات المقابلة التحفيزية.
5. مراحل المقابلة التحفيزية.
6. التحفيز.
7. حديث التغيير (حوار الدافعية الذاتية).
8. الدافعية إلى التغيير (نموذج بروشاسكا وديكليمانت).
9. إستراتيجيات مقابلة التحفيز لتحسين الإلتزام بالعلاج.

10. استخدام مقابلة التحفيز مع الأسر.

خلاصة

تمهيد:

لقد تطور العلاج النفسي في الآونة الأخيرة تطورا مبهرا يثير الانتباه، حيث أصبح لدينا في وقتنا الحالي العديد من العلاجات النفسية الجديدة التي استوحت أفكارها من مقاربات جديدة في علم النفس. من بين هذه التقنيات، المقابلة التحفيزية والتي استوحت أفكارها من عدة مقاربات كالمقاربة الوجودية التي تتمحور حول العميل. استخدمت المقابلة التحفيزية في عدة دراسات كعلاج مساعد لتغيير السلوك، سبق وأن أشرنا لهذه الدراسات في الفصل الأول، حيث أعطت نتائج مذهلة في تحفيز الأشخاص على تغيير سلوكهم. سنحاول في هذا الفصل التعريف بالمقابلة التحفيزية وذكر معلومات هامة عنها.

1. تعريف المقابلة التحفيزية:

- حسب ميلر و رولنيك إنها أسلوب معين للمحادثة حول التغيير حيث يعبر العميل عن حجج للتغيير، بدلا من الطبيب.

(R.Miller&Harkowitz. 2013.)

- و بمعنى آخر المقابلة التحفيزية هي أسلوب محادثة تعاوني لتقوية الدافع للشخص والتزامه بالتغيير .

(salés-wuillemin. 2007.)

- هي طريقة موجهة ومتمركزة حول العميل لتعزيز الدافعية الذاتية للتغيير من خلال استكشاف التناقض الوجداني وحله. (صابر أحمد عبد الموجود. 2012. ص60.)

- هي تدخل محدد قابل للتطبيق على الإدمان وعلى جميع المجالات التي يكون فيها تعديل السلوك أمرا مرغوبا فيه. هذه المقابلة تتمحور حول الشخص ليست توجيهية بطبيعتها، لكنها موجهة تهدف إلى توليد الدافع للتغيير، من خلال مساعدة الناس على حل التناقض واستعادة تقديرهم لذاتهم.

(Margot Phaneuf. 2018. P01.)

كل التعاريف تجتمع على أن المقابلة التحفيزية هي طريقة أو أسلوب تعتمد على تحفيز العميل على التغيير.

2. أهداف المقابلة التحفيزية:

- إثارة دافع جوهري للتغيير في الشخص الذي يجب عليه تعديل سلوكه في مواجهة العلاج.
- جعل المريض يتصرف من تلقاء نفسه بدلا من التحفيز الخارجي من مقدمي الرعاية.
- اكتشاف ازدواجية المريض في التغيير وتمكينه من التغلب عليها من خلال التركيز على أسلوب منفتح ومحترم لما يختبره المريض ويشعر به حيال مشكلته.
- إعادة احترام المريض لذاته، وتقوية ضبط النفس، وإعادته إلى السيطرة على حياته.

(Margot Phaneuf. 2018. P01.)

3. أساسيات المقابلة التحفيزية:

1.3. التعاون: من المؤكد أن أحد المكونات المفتاحية لروح مقابلة الدافعية هو طبيعتها التعاونية، حيث يجب تجنب الموقف التسلطي في الاتصال، بل يدخلون في علاقة الشريك بدلا من ذلك. وينطوي منحى مقابلة الدافعية على الاستكشاف أكثر من الوعظ، والمساندة أكثر من الإقناع أو الجدل. ويسعى القائم بالمقابلة إلى خلق مناخ شخصي إيجابي يفضي إلى التغيير الإرادي وليس القسري. كما تتضمن الطبيعة التعاونية في مقابلة الدافعية جعل الشخص منسجما وتتضمن أيضا توجيه تطلعاته الذاتية.

2.3. التحفيز: اتساقا مع الدور التعاوني لمقابلة التحفيز لا تعد نبرة القائم بالمقابلة أحد الأمور المطلقة (مثل الحكمة والبصيرة والواقعية) بل هي من أمور التسيير لإيجاد ما بداخل الشخص وإخراجه. وسحب الدافعية من الشخص حيث تتطلب إيجاد دافعية غريزية للتغيير داخل الشخص وإثارتها، واستدعائها وهكذا.

3.3. الإستقلال: نترك مسؤولية التغيير في مقابلة الدافعية للعميل وهي بالمناسبة تكون حيث نعتقد أنها يجب أن تكون بغض النظر عن كم من المتخصصين سيجادل حول إمكانية جعل الأفراد يفعلون ويختارون أو السماح أو الإذن لهم بالفعل والاختيار. بمعنى هناك إحتراما لإستقلالية الفرد. فالعميل دائما

حر في قبول الإرشاد أو رفضه، والهدف العام هو زيادة الدافعية الغريزية للتغير. (صابر أحمد عبد الموجود. 2012. ص71).

4. تقنيات المقابلة التحفيزية:

- ممارسة الاستماع التأملي: قم بعمل استجابات عاكسة لما يعبر عنه المريض.
- استخدام الأسئلة المفتوحة بمختلف أنواعها.
- التعبير عن الأقوال المحفزة.
- ملخصات متكررة لما يعبر عنه المريض في المقابلة.
- تطبيق ميزان (التكلفة المنفعة) وإعادة تقييم معرفي للوضع.
- إنشاء كراسة لإنجازات المريض واستخدامها كنموذج لإثبات كفاءته في العمل والتغيير.
- تقييم دوافعه للتغيير على مقياس من 01 إلى 10 وأطلب منه سبب شرح تقييمه لنفسه في هذا المستوى.

(Margot Phaneuf. 2018. P02.)

5. مراحل المقابلة التحفيزية:

تمر المقابلة التحفيزية على أربع مراحل رئيسية وهي كالآتي:

1.5. الالتزام بالعلاقة:

- ما مدى راحة الشخص الذي يتحدث؟
- كيف أشجعه وأساعده؟
- هل أفهم وجهة نظره؟ ومخاوفه؟
- ما مدى الراحة التي أشعر بها في هذه المحادثة؟
- هل تبدو هذه المحادثة كعلاقة تعاونية؟

2.5. التركيز:

- ما هي الأهداف الفعلية لهذا الشخص؟
- هل أريد تغييرات أخرى لهذا الشخص؟
- هل نعمل سويا بهدف مشترك؟

3.5. الاستحضار:

- ما هي الأسباب الشخصية للتغيير؟
- مكانة الثقة في هذا التغيير؟
- ماذا أسمع ككلام عن التغيير؟
- هل أستخدم الحجج (رد الفعل التصحيحي)؟

4.5. التخطيط:

- ما هي الخطوة العقلانية الآتية نحو التغيير؟
- ما الذي قد يساعد هذا الشخص على المضي قدما؟
- هل تم تحديد خطة؟

(Lucia Romo. 2015. P04.)

6. التحفيز: هو المفهوم الأساسي الذي يتطلب ثلاثة شروط أساسية وهي:

- 1.6. الرغبة: وهي الأهمية المعطاة للتغيير.
- 2.6. الشعور بالقدرة: أو ثقة المريض في قدراته، وهي ما تنتج الطاقة اللازمة للتغيير.
- 3.6. الاستعداد: هو عندما يصبح التغيير من أولويات المريض.

(Benoit Saugeron. 2018. P27.)

7. الدافعية إلى التغيير (نموذج بروشاسكا و ديكليمانت):

بدون دافعية لا يمكن التغيير، أما بالنسبة لمقابلة التحفيز فهي تسير وفق الخطوات الآتية:

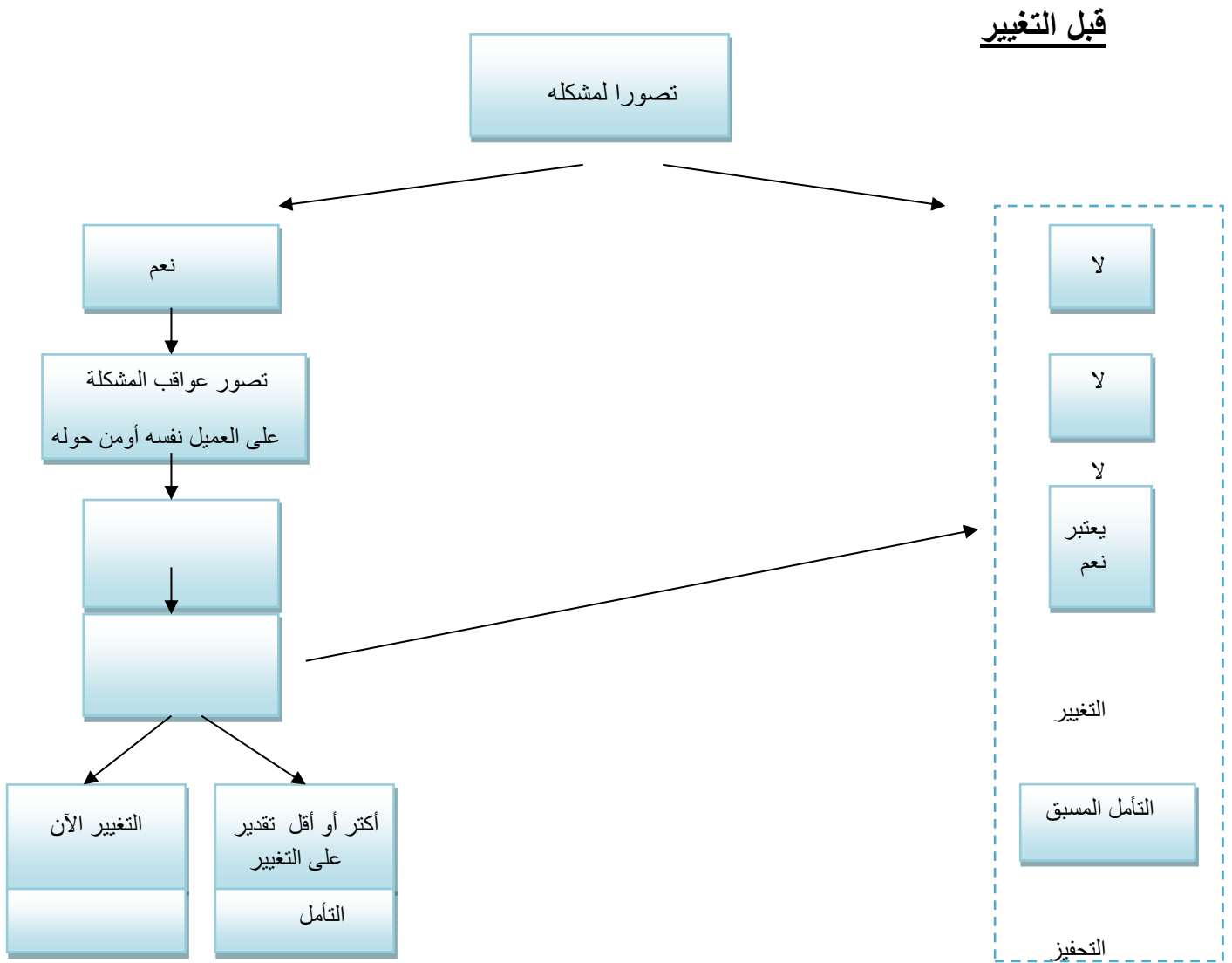
1.8-مرحلة التأمل: هناك تناقض في نظرة العميل إلى المشكلة، و عدم تغيير السلوك و هذا ما يؤدي إلى مرحلة من التأمل و هي مرحلة التعرف على المشكلة و الاجتهاد لحلها.

2.8- الحافز الخارجي:الضغط الخارجي على وجوب حل المشكل هو بمثابة حافز خارجي.

3.8- مرحلة إتخاذ القرار: و هي إتخاذ قرار التغيير.

4.8- مرحلة تنفيذ التغيير: المرور إلى الفعل و الإنجاز.

(Jean Cottraux. 2001)



بعد التغيير

التشكيك في التغيير

تم اجراء التغيير

الالتزام بالتغيير

-مخطط 01: يوضح عملية التغيير حسب ميشال بيكي-**(Jean Michel Piquet. 2019. P16.)****8. حديث التغيير: (حوار الدافعية الذاتية):**

يكون التحدي أولاً في تكثيف التناقض الوجداني ثم حله من خلال تنمية التباين بين الحاضر الفعلي والمستقبل المنشود. ومن الممكن أن يدفع تصويب الخطأ المرء نحو تواصل مباشر ومواجهة واضحة بغرض جعل الشخص يواجه الواقع قد يكون له على وجه التحديد تأثير مضاد للهدف، لأنه ييسر الجدل المضاد للتغيير. اتباع غريزة تصويب الخطأ ستستثير أنواع التساؤلات الخاطئة:

لماذا لا تريد التغيير؟

كيف تقول إنه لا توجد لديك مشكلة؟

لماذا لا تقوم فقط.....؟

لماذا لا تستطيع.....؟

الإجابة الحرفية لأي من هذه الأسئلة هي دفاع عن الوضع الراهن وتفسير لماذا لا يعد التغيير مهماً أو عملياً. بمعنى آخر تيسر مثل هذه الأسئلة فقط نوعاً من الحديث مضاداً للحديث الذي يحرك الشخص نحو التغيير. يندرج حديث التغيير عموماً في واحدة من الفئات الأربع التالية:

1- مساوئ الوضع الراهن.

2- مزايا التغيير.

3- التفاؤل في التغيير.

4- نية التغيير. (صابر أحمد عبد الموجود. 2012. ص58.)

9. إستراتيجيات مقابلة التحفيز لتحسين الالتزام بالعلاج:

تقدم المقابلات التحفيزية مجموعة من التدخلات يعتقد أنها فعالة في مشكلات الالتزام بالعلاج. تم اشتقاق هذه الإستراتيجيات من بحوث المقابلات التحفيزية والخبرات والتجارب. على الرغم من تنوع هذه التدخلات في الكثافة والأسلوب، فإنها تشترك في نفس الهدف المتمثل في تعزيز تقبل المشكلة وتقبل العلاج. تصنف إستراتيجيات الالتزام بالعلاج إلى مرحلتين:

1.9- المرحلة الأولى: تقييم وفهم العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج:

تنطوي الإستراتيجيات التقليدية للالتزام على إخبار أو تلقين أو ما هو متوقع من العلاج على العملاء وما سوف يحتاجون إلى القيام به لكي يكون الالتزام ناجحاً، والافتراض الأساسي هو أن هناك احتمالاً أكبر بأن يشارك العملاء في العلاج ويستمرؤ فيه إذا ما توفرت لهم المعلومات الصحيحة حول الأدوار والمهام المنوطة بكل من الطبيب والعميل. وقد يكون هذا المنحى هو كل ما هو ضروري لكسب تعاون العملاء الذين يدخلون العلاج بمستويات مرتفعة نسبياً من تقبل المشكلة وتقبل العلاج، فقد تنبع شكوك أو لا تأكد هؤلاء العملاء من نقص المعلومات حول العلاج المقترح وليس من القضايا الأساسية.

2.9- المرحلة الثانية: تنمية خطة تنفيذ العلاج والالتزام به:

وتهدف إلى مساعدة العملاء على وضع خطة مناسبة للالتزام بالعلاج تتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم وتفضيلاتهم واحتياجاتهم العلاجية، ويستلزم ذلك إعداد العملاء للتصدي لمصادر متنوعة من عدم الالتزام في أثناء العلاج. وقد يحتاج العملاء إلى المساعدة للحفاظ على المشاركة في العلاج من خلال استخدام مجموعة كاملة من إستراتيجيات الالتزام. (صابر أحمد عبد الموجود. 2012. ص525).

10. استخدام المقابلة التحفيزية مع الأسر:

يعد دور الأسرة حاسماً في كل من الوقاية والعلاج الناجح للسلوك الخطر على الطفل، فقد طور ديشيون تدخلا مختصراً لآباء الأطفال المرضى وأطلق عليه (فحص الأسرة) وهو عبارة عن تدخل مكون من ثلاث جلسات تقدم لآباء المرضى لتقوية ودعم الممارسات الوالدية لتخفيض سلوك الطفل الخطر، وتتضمن الجلسات مقابلة مبدئية مع الآباء والطفل وجلسة تقييم للأسرة وجلسة لتوفير المردود. حيث يدمج التدخل الدافعي مكونات كل من المردود والمسؤولية والمشورة وقائمة بالخيارات وفعالية الذات، حيث يقوم هذا الأسلوب من العلاج على بناء علاقة وئام مع العميل باستخدام أساليب الأسئلة المفتوحة

والمواجهة والتمعن. وقد ضم الاختبار الأول للفحص الأسري سنة (1999) 40 أسرة لديهم أطفال من 11 إلى 14 سنة ذوي مستويات مرتفعة من الخطورة. أظهر الشباب أعضاء الأسر في مجموعة مقابلة التحفيز انخفاضا في السلوك المشكل عند المتابعة، وذلك مقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تخضع لمقابلات تحفيزية. علاوة على ذلك أشار الآباء إلى تحسن مهاراتهم في إدارة مهام الأبوة. (صابر أحمد عبد الموجود. 2012. ص543).

خلاصة:

لقد حاولنا في هذا الفصل جمع أكبر قدر من المعلومات العلمية عن المقابلة التحفيزية وخاصة المعلومات التي ستساعدنا في هذه الدراسة، كالالتزام بالعلاج و المقابلة التحفيزية مع الأسر. لقد بينا في هذا الفصل أهمية المقابلة التحفيزية ودورها الفعال في تغيير السلوك المراد تغييره، وهذا ما وصلت إليه العديد من الدراسات.

الفصل الثالث: الشلل الدهاغي.

تمهيد.

1. نبذة تاريخية عن الشلل الدهاغي.
2. تعريف الشلل الدهاغي (لغة و اصطلاحا، و في علم النفس).
3. أسباب الشلل الدهاغي.
4. أنواع الشلل الدهاغي.
5. تصنيف الشلل الدهاغي تبعا لشدة الإصابة.
6. تصنيف الشلل الدهاغي تبعا للأطراف المصابة.
7. الإعاقات الثانوية المصاحبة لشلل الدهاغي.
8. تشخيص الشلل الدهاغي.
9. علاج الشلل الدهاغي.
10. واقع الشلل الدهاغي في الجزائر ونسبة الانتشار.

خلاصة

تمهيد:

من المستحيل أن تسأل أي شخص في وقتنا الراهن عن الشلل الدماغي و يجيبك بعدم معرفته لهذا الاضطراب، إذ لا يكاد يخلوا أي حي من أحياء الوطن و تجد فيه طفلا مصاب بالشلل الدماغي الذي يعد من الأمراض الشائعة جدا. لكن يوجد العديد من المعلومات الخرافية التي ليس لها أي علاقة بالعلم لها رواج كبير في المجتمع والتي قد تضر بالطفل خاصة إذا كانا والدا الطفل المصاب يصدقان تلك الخرافات، لذا سنحاول في هذا الفصل تقديم معلومات دقيقة وعلمية عن الشلل الدماغي، من خلال ذكر نبذة تاريخية عن الشلل الدماغي ثم تقديم تعاريف، أسباب و تصنيفات الشلل الدماغي، الإعاقات المصاحبة، ثم سنتطرق إلى كيفية التشخيص، وما هي طريقة العلاج المتمثلة في إعادة التأهيل والتي تتطلب فريق كامل متعدد التخصصات.

1. نبذة تاريخية عن الشلل الدماغي :

لا يعد الشلل الدماغي اختلالا جديدا، إذ يحتمل أن يكون قديما قدم وجود الأطفال أنفسهم لكن الاختصاصات الطبية لم تبدأ بدراسة الشلل الدماغي كحالة طبية واضحة المعالم إلا في عام 1861 حينما نشر الجراح التقويمي الانجليزي وليام جون لثل أول بحث يصف المشاكل العصبية للأطفال المصابين بالشلل الثنائي التشنجي لذلك مازال الشلل الثنائي يسمى أحيانا (مرض لثل).

وقد دخل مصطلح الشلل الدماغي حيز الاستخدام في أواخر القرن 19 ويعتقد أن السيد وليام لوزلر، وهو طبيب انجليزي ، أول من صاغ المصطلح .

ثم نشر الدكتور سيغموند فرويد عالم الأعصاب النمساوي المعروف بعمله في مجال الطب النفسي بعض البحوث الطبية الأولى التي تتناول الشلل الدماغي .

يعتقد اليوم أن لعوامل الخطورة في فترة ما قبل الولادة بعض الدور على الأقل في معظم حالات الشلل الدماغي. أما في السابق فكان يعتقد أن معظم الحالات متسببة عن تعقيدات تحدث أثناء الولادة. وكان الاختصاصيون الطبيون و التعليميون يؤمنون حتى وقت قريب بأفكار خاطئة مماثلة حول القدرات الجسدية والعقلية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي إذ غالبا ما كان الأطفال يفصلون عن عائلاتهم في عمر مبكر و يوضعون في مؤسسات يقيمون فيها بشكل دائم حيث تندر أمامهم فرص التعلم أو العمل أو حتى التأهيل الاجتماعي و لحسن الحظ ازدادت في السنين الأخيرة المعلومات المتوفرة حول العديد من جوانب الشلل الدماغي لتحديد أسبابه وأكثر الطرق فعالية في معالجته ومع توسع تقنيات المعرفة و

المعالجة وتحسينها تزداد احتمالات التقدم الذي يمكن أن يحرزه الأطفال المصابون بالشلل الدماغي في حياتهم. (ألين جيرالز.2002.ص51).

2. تعريف الشلل الدماغي:

التعريف اللغوي:

الشلل: كلمة الشلل تشير إلى عدم تمكن الطفل من تحقيق التطور الطبيعي في الحركة مثل السيطرة على عضلات الرقبة الجذع و استعمال اليدين و الجلوس والزحف والوقوف و المشي. (د. عصام حمدي الصفدي.2007. ص32).

الدماغي: تشير إلى أن السبب في ذلك يعود إلى عدم اكتمال نمو أو خلل في خلايا المناطق المسؤولة عن الحركة والقوام و التوازن في الدماغ أي الجهاز العصبي المركزي. (نفس المرجع. ص32).
إذن فالشلل الدماغي مصطلح ذو مدلول واسع يستخدم عادة للإشارة إلى أي شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي. (نفس المرجع. ص32).

التعريف الاصطلاحي:

- يطلق مصطلح الشلل الدماغي على الاضطرابات النمائية أو العصبية التي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل و خاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن خلل أو تلف في الدماغ و تؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض و المشكلات الحركية و الحسية و العصبية التي تظهر على شكل تشنج أو توتر في الحركة و الأوضاع الجسمية وما يصحبها من تشوهات في الأطراف. ولا يعد الشلل الدماغي إصابة وراثية باستثناء بعض الحالات النادرة، وهو ليس مرضاً معدياً أو متطوراً بمعنى أن الحالة لا تزداد سوءاً بمرور الوقت. (لوي الأيوب.2007.ص43).

- يشير الشلل الدماغي إلى أنه تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عنه تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة. وهو مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بيئة الجهاز العصبي المركزي أو نموه. (د. عصام حمدي الصفدي.2007. ص31).

- هو مجموعة من إصابات الدماغ العضوية ينتج عنها أعراض عصبية مختلفة، و يكون الشلل الحركي العارض هو الأكثر وجوداً بين هذه الأعراض، فهو اضطراب في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة يحدث نتيجة تشوه أو تلف في الأنسجة العصبية الدماغية مصحوباً باضطرابات حسية أو معرفية

أو انفعالية. و الشلل الدماغي هو أحد الإعاقات الجسمية في الجانب الحركي يظهر على شكل ضعف في الحركة أو شبه شلل، أو عدم تناسق في الحركة يسببه تلف مناطق الحركة في الدماغ، وهو لا يشمل المشكلات الحركية الناجمة عن إصابات النخاع الشوكي. (هنادة والخفش. 2005. ص05).

يبدو أن التعاريف تجتمع على أن الشلل الدماغي هو اضطراب نمائي عصبي، الذي يؤدي إلى تلف على مستوى الدماغ في المراحل المبكرة من عمر الطفل. ويؤدي هذا التلف إلى اضطرابات عصبية، حسية، معرفية، و اضطراب في النمو الحركي على مستوى الأطراف العلوية أو السفلية أو معا.

3. أسباب الشلل الدماغي:

1.3 أسباب ما قبل الولادة:

أ- تشمل على الأمراض الفيروسية في الأسابيع الأولى من الحمل عندما تكون خلايا الدماغ للجنين في وضع نمو وتطور مثل الحصبة الألمانية.

ب- الالتهابات الأخرى التي تصيب الحامل ولا يتم تشخيصها أثناء الحمل ربما تسبب شلل دماغي أو ربما تحدث مشاكل في الرحم.

ج- أسباب أخرى وهي إذا كان ضغط الدم للحامل مرتفع بشكل كبير أو كانت مصابة بسكري متقدم أثناء الحمل و غير مسيطر عليه بالأدوية. (د. عصام حمدي الصفدي. 2007. ص37).

2.3 أسباب أثناء الولادة:

إذا كانت عملية الولادة طويلة ولم يتنفس الطفل بشكل مباشر بعد الولادة ممكن أن يحدث شلل دماغي مع الطفل، قبل الولادة يحصل الدماغ على الأكسجين من خلال الدم الذي يزود به الطفل بواسطة الحبل السري، حالما يولد الطفل تصدر الأوامر بالحصول على الأكسجين أو يلجأ الطفل للحصول على الأكسجين من رئتيه. الخلايا الدماغية تحتاج إلى الأكسجين لتستمر بالحياة و إذا لم يحصل عليه فإن بعض هذه الخلايا سوف تموت و من الممكن حدوث الشلل الدماغي.

و اليرقان أيضا سبب آخر من أسباب الشلل الدماغي أنه ناتج عن عدم قيام الكبد بوظائفه كما ينبغي في الأيام القليلة الأولى من الحياة، أو نتيجة عدم تفريغ الكبد لإفرازاته في مجرى الدم مما يسبب تلف الدماغ الغير مكتمل أو ناضج. (نفس المرجع. ص37).

3.3 أسباب بعد الولادة:

أ- الالتهابات الفيروسية التي تصيب الدماغ عندما يكون غير مكتمل وخاصة التهاب السحايا (أغشية الدماغ المبطنة للدماغ) فإذا أصيبت تنتفخ أو تتضخم و تسبب تحطم في أنسجة الدماغ نفسها ينتج التهاب السحايا عن أنواع مختلفة من الفيروسات ومن المهم دائما أنه إذا لوحظ على الطفل أية أعراض غير طبيعية و على الأخص ارتفاع درجة الحرارة يجب مراجعة الطبيب.

ب- الحوادث التي تسبب إصابات الرأس ممكن أن تكون نتيجتها شلل دماغي في الأطفال الصغار و ذلك بسبب أن عظام الجمجمة لا تلتحم بشكل نهائي إلا عندما يبلغ عمر الطفل من **09-12** شهرا. و تكون هناك منطقة طرية في النافوخ بين عظام الجمجمة، هذه المنطقة يجب أخذ الحذر الكامل لتجنب الضغط عليها لذا أي حركة مفاجئة أو الهز المفاجئ للطفل يجب تجنبها و غالبا يجب أن لا يترك الطفل على أسطح عالية دون إشراف و عليه يجب أخذ الحذر الكامل عند رفع الأطفال حديثي الولادة لأن الحوادث يمكن حصولها بسهولة كبيرة.

ج- الحرارة العالية جدا: ارتفاع الحرارة الناتج عن الالتهابات أو عن فقدان السوائل كما في الإسهال وكل ذلك ممكن أن يسبب شلل دماغي فالأطفال حديثي الولادة تكون أجسامهم صغيرة ممكن حدوث الجفاف بسرعة، و الجفاف الشديد أو فقدان السوائل الشديدة يسبب ورم أو انتفاخ في أنسجة الدماغ و تلفها مرة أخرى في حالات الإسهال لدى الأطفال و يجب إتباع إرشادات الطبيب بدقة. (**نفس المرجع. ص37**) و أخيرا يمكن أن نلخص أسباب الشلل الدماغي بشكل عام:

1- نقص كمية الأكسجين أو المواد الغذائية اللازمة لتغذي حجيرات الدماغ في فترة نموه أثناء الحمل و أثناء الولادة أو بعد الولادة.

2- إصابة الحامل بالنزيف الشديد في الأشهر الأولى أو الأشهر الأخيرة من الحمل.

3- تسمم الحمل أثناء الفترة الأولى من الحمل.

4- إصابة الحامل بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل أو فيروسات أخرى.

5- تناول العقاقير المضرة بالحمل بالأشهر الأولى من الحمل.

6- عدم توافق دم الوالدين من ناحية العامل الرايزيسي فتؤدي إلى تكسر الكريات الدموية للطفل فيصاب باليرقان الشديد بعد الولادة و تتسرب المادة الصفراء في الدماغ الأوسط مما يؤدي إلى الشلل الدماغي.

7- تعرض المرأة الحامل إلى أشعة إكس لمدة طويلة بالأيام الأولى من الحمل.

8- الولادة العسرة، أو الولادة المبكرة.

9- التهاب الدماغ و السحايا في الأطفال في سن مبكرة بعد الولادة.

10- حوادث السقوط مباشرة على الرأس في سن الطفولة.

11- أسباب غير معروفة. (نفس المرجع. ص37).

4. أنواع الشلل الدماغي:

يوجد أربعة أنواع رئيسية للشلل الدماغي وهي كالاتي:

1.4 الشلل الدماغي التشنجي: حوالي 70 إلى 80 بالمائة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من شلل دماغي تشنجي، وفيه تكون العضلات متيبسة، مما يجعل الحركة صعبة. وعند تأثر كلا القدمين (الشلل المزدوج التشنجي) قد يعاني الطفل من صعوبة في المشي لأن العضلات المشدودة في الوركين و الرجلين تجعل الرجلين تدوران للداخل، و تتحركان في حركة مقصية نحو الركبتين. و في الحالات الأخرى يتأثر جزء واحد في الجسم (الشلل النصفي التشنجي) و غالبا مع تتأثر الذراع بشدة أكبر من الرجل. و الأكثر خطورة هو (الشلل الرباعي التشنجي) حيث تتأثر الأطراف الأربعة و الجذع. و غالبا ما تتأثر عضلات الفم و اللسان أيضا. (سام مادوكس. 2017. ص11).

2.4 الشلل الدماغي الكنعي (الإلتوائي): يعاني من 10 إلى 20 بالمائة من مصابي الشلل الدماغي من اختلال الحركة و هو ما يؤثر على الجسم بأكمله. و هو يتسم بحدوث تقلبات في توتر العضلات من شديدة للغاية إلى رخوة للغاية، ويرتبط شلل اختلال الحركة الدماغي في بعض الأحيان بالحركات التي لا يمكن التحكم بها (البطء و الالتواء أو السريع و المتشنج). و غالبا ما يعاني الأطفال من صعوبة في تعلم التحكم في أجسامهم بدرجة كافية للجلوس و المشي. و لأنه يمكن أن تتأثر عضلات اللسان و الوجه قد تكون هناك صعوبة في بلع الطعام و التحدث. (نفس المرجع. ص11).

3.4 الشلل الدماغي الرنحي (التخلجي، اللاتوازني): يصاب حوالي 05 إلى 10 بالمائة من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي في صورة شلل دماغي رنحي، وهو يؤثر على التوازن و التناسق، و لا يستطيعون المشي بصورة مستقرة و يعانون من صعوبة في الحركات تتطلب التناسق مثل الكتابة. (نفس المرجع. ص11).

4.4 الشلل الدماغي الإرتعاشي: الشلل الدماغي الإرتعاشي حالة نادرة تحدث فيها إرتعاشات لاإرادية وحركات نمطية في الأطراف، تتفاوت في شدتها وسرعتها، وتظهر هذه الحركات عادة عندما يحاول الطفل القيام بنشاطات هادفة، مثل محاولته الوصول إلى شيء ما. (محمد عبد السلام البواليز. 2000. ص45).



-الصورة 1 و 2: توضح تشنج الأطراف عند الطفل المشلول دماغيا-

5. تصنيف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإصابة:

يصنف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإعاقة الحركية إلى الأنواع التالية:

1.5 الشلل الدماغي البسيط: يعاني الطفل المصاب بالشلل الدماغي البسيط من مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج، فهو يستطيع الاعتناء بنفسه و يستطيع المشي دون استخدام أجهزة أو أدوات مساعدة.

2.5 الشلل الدماغي المتوسط: يكون النمو الحركي في الشلل الدماغي المتوسط بطيئا جدا إلا أن الأطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة و يتعلمون المشي في النهاية باستخدام أدوات مساعدة أحيانا. و بشكل عام فهؤلاء الأطفال بحاجة إلى الخدمات العلاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام و العناية بالذات.

3.5 الشلل الدماغي الشديد: تكون الإعاقة الحركية شديدة فتحد من قدرة الطفل على العناية الذاتية، و الحركة المستقلة، و الكلام، لذا فهؤلاء الأطفال بحاجة إلى علاج مكثف ومنظم و متواصل. (د. عصام حمدي الصفدي. 2007. ص35).

6. تصنيف الشلل الدماغي تبعا للأطراف المصابة:

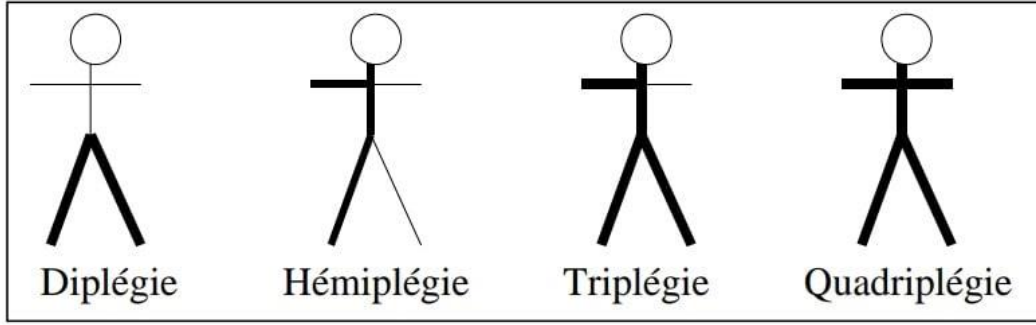
التصنيف حسب الأطراف المتأثرة حيث يتم التصنيف على أساس وصف الأطراف المتأثرة من جراء الإصابة الدماغية:

1.6 شلل طرف واحد: ويكون طرف واحد هو المتأثر أو الذي تظهر عليه أعراض الإصابة بالشلل الدماغي من جسم الطفل كاليد أو القدم. و هو من الحالات النادرة جدا.

2.6 شلل طرفين: و يكون الجزء المتأثر أحد طرفي الجسم إما أن يكون الطرف الأيمن من الجسم (اليد اليمنى و الرجل اليمنى) أو يكون الطرف الأيسر من الجسم هو المتأثر.

3.6 شلل ثلاثة أطراف: ويكون المتأثر في جسم الطفل ثلاث أطراف و طرف رابع شبه سليم و غالبا ما يكون إحدى اليدين.

4.6 شلل أربعة أطراف: ويكون المتأثر في هذه الحالة الأطراف الأربعة من الجسم إما بصفة متشابهة أو بصفة مختلفة كأن تكون الأطراف العلوية أقل تأثرا من الأطراف السفلية. (محمد فوزي يوسف. 2011. ص55).



-الصورة 3: توضح الأطراف المصابة عند الطفل المشلول دماغيا-

7. الإعاقات الثانوية المصاحبة لشلل الدماغ:

هناك مجموعة من الاضطرابات المصاحبة لشلل الدماغ تتمثل فيما يلي:

1.7 الإعاقة العقلية (الذهنية) وصعوبات التعلم: ليس بالضرورة أن يكون كل الأطفال الذين لديهم شلل دماغي إعاقة عقلية حيث أن الدراسات و المراجع أشارت إلى أن من **50-60** بالمائة من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغى لديهم تأخر في القدرات العقلية بشكل عام و كذلك فقد دلت الدراسات إلى أن هناك حوالي **10** بالمائة تكون نسبة ذكائهم فوق المتوسط و البقية تكون قدراتهم العقلية في المستوى الطبيعي. (محمد فوزي يوسف. 2011. ص57).

2.7 نوبات الصرع: إن حوالي ثلث الأطفال الذين لديهم شلل دماغي لديهم مشاكل في كهربية الدماغ ولكن فإن النوبات لديهم تختلف عنها عند الكبار حيث تكون النوبة الصرعية أقل شدة و غالبا ما تكون سريعة ولا يقعون على الأرض أو يعضون لسانهم ولا يتبع نوبة الصرع هذه غالبا الإعياء أو الإجهاد. (نفس المرجع. ص59).

3.7 الإعاقة السمعية: من المشكلات التي تواجه القائمين بتشخيص أو علاج حالات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى ما إذا كان التلف قد أثر على حالة السمع، ولما كان السمع لا يتضمن وظائف حركية من تلك التي تتضمنها حركة العين، وقد دلت النتائج المسحية للبحث أن الإعاقة السمعية بين أطفال الشلل الدماغى ليست شائعة كالأضطرابات البصرية. (د. عصام حمدي الصفدي. 2007. ص39).

4.7 الإعاقة البصرية: أشارت الدراسات إلى أن عددا كبيرا من أطفال الشلل الدماغى يعانون من إعاقات بصرية مصاحبة للشلل الدماغى. (نفس المرجع. ص39).

5.7 عيوب النطق و الكلام: أشارت الدراسات إلى أن نتيجة الاضطرابات النيورولوجية-الحركية تظهر اضطرابات النطق لدى **70** بالمائة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغى. و تأخذ مشكلات الكلام و

اللغة أشكالاً متعددة كالحبسة، عسر الكلام، تأخر الكلام، وبعض الأطفال المشلولين دماغياً يعانون من عدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة وتنظيمها. (نفس المرجع. ص39.)

6.7 الاضطرابات الإدراكية: عرف الإدراك بأشكال مختلفة من جانب العلماء. إلا أن معظم التعاريف تضم في عملية الإدراك المشكلات الحسية: السمعية، البصرية، اللمسية، وغيرها فيما يتعلق بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي حصل الإدراك البصري على أقصى قدر من الاهتمام و التقدير. (نفس المرجع. ص39.)

7.7 الاضطرابات الفمية-السنية: قد يعاني الأطفال المشلولون دماغياً من أشكال مختلفة من الاضطرابات الفمية-السنية ومنها:

1.7.7- صعوبات في البلع بسبب ضعف عضلات البلعوم وهذه الصعوبات قد ترتبط بتناول السوائل أو المواد الصلبة.

2.7.7- صرير الأسنان.

3.7.7- تسوس (نخر) الأسنان.

4.7.7- سيلان اللعاب بكميات كبيرة. (محمد عبد السلام البواليز. 2000. ص51.)

8. تشخيص الشلل الدماغي:

يتضمن تشخيص الأطفال لتحديد فيما إذا كان لديهم شلل دماغي أم لا، إجراءات متعددة يشترك فيها الأطباء والوالدين، ويتم التشخيص على مستويات تبدأ بالكشف والتعرف الأولي وتنتهي بالتشخيص الشامل والدقيق وذلك باشتراك فريق التشخيص متعدد التخصصات باستخدام فحوصات دقيقة:

1.8. مستوى الكشف والتعرف الأولي: معلومات تستقى من الوالدين وخاصة الأم من خلال مجموعة من الملاحظات على نمو الطفل وحركاته ومنها:

- لا يرضع الطفل بصورة طبيعية.

- التأخر في السيطرة على تثبيت الرأس.

- الصراخ وحدة المزاج.

- عدم القيام بالرفس في سن ثلاثة أشهر.

- تقلص غير طبيعي في الذراعين أو الساقين.

- انحناء الظهر أثناء الجلوس.

- التأخر في الابتسامة والمناغاة.

- لا يبلغ ما يأكله بصورة جيدة.

- القيام بحركات في اللسان داخل الفم أو خارجه.

- التأخر في الوقوف أو المشي.

حال ظهور هذه الدلالات على الأم عرض الطفل على الطبيب المختص للقيام بإجراءات التشخيص.

2.8. مستوى التشخيص الشامل: التشخيص الطبي، سلسلة من الإجراءات المعتمدة للوصول إلى حكم وتشخيص دقيق، ومن بين هذه الإجراءات الفحوصات التالية:

- الفحص السريري.

- تخطيط الدماغ.

- التصوير المحوري الطبيعي.

- الأشعة السينية (أشعة إكس).

- تصوير الشرايين الدماغية.

- الفحوصات المخبرية الروتينية.

التشخيص الطبي يقوم به طبيب الأعصاب وطبيب الأطفال وذلك من أجل تأكيد أو نفي حالة الإصابة بالشلل الدماغى، وتقويم حالة الطفل في الجوانب الجسمية والحركية والصحية. **(هنادة والخفش.**

2005. ص10).

9. علاج الشلل الدماغى:

لعل مسألة العلاج بمفهومه العام والمتعارف عليه غير متوفرة بمعنى دقيق أو كامل عندما نتحدث عن مسألة علاج الشلل الدماغى حيث أنه لم يثبت لغاية وقتنا الحاضر أي نوع من العلاج الشافى أو الكامل للشلل الدماغى لذلك فإن الحديث عن الشفاء التام أمر مستبعد الخوض فيه أو التطرق إليه، إلا أن الحديث

يدور حول تأهيل و تمكين الفرد المصاب حيث يصبح هذا المصاب معتمدا على نفسه لأقصى درجة ممكنة من الاعتماد على الآخرين.

إن علاج الشلل الدماغي بالمفهوم الذي طرحناه مسألة معقدة نوعا ما وتحتاج إلى فريق عمل متكامل يتم فيه دمج مجموعة من الخدمات و التخصصات والتي قد تغطي احتياجات المعالجة المكثفة والمركبة للشلل الدماغي، وتشتمل مجموعة الخدمات على:

1.9 الخدمات الطبية.

2.9 العمليات الجراحية.

3.9 العلاج بالأدوية و الحقن.

4.9 الخدمات التأهيلية و الشبه الطبية المساعدة.

5.9 الخدمات التربوية العادية والخاصة.

6.9 الخدمات التأهيلية المهنية.

7.9 العلاج باستخدام البدلات الخاصة.

8.9 العلاج بالماء.

9.9 العلاج بالحث الكهربائي. (محمد فوزي يوسف. 2011. ص74).

10. واقع الشلل الدماغي في الجزائر ونسبة الإنتشار:

خلال حوار خاص مع الأوراس نيوز، أكد رئيس الجمعية الوطنية أمل الحياة لحماية أطفال الشلل الدماغي **مقدم أحمد**، أن هذه الفئة تعد الأكثر تهمة من طرف السلطات رغم أن عدد الأطفال المصابين بهذا النوع من الأمراض **بالجزائر** يفوق **10** آلاف طفل لازالت مكاتب الجمعية عبر عديد ولايات الوطن تعمل على إحصائهم بشكل أدق، إذ تتراوح تكاليف العلاج الطبيعي للطفل الواحد بين **40** إلى غاية **200 مليون سنتيم** بين حفاظات وأكل وعلاج وكلها أعباء تتحملها عائلات المصابين بهذا المرض المزمن وحدها دون وجود أي دعم أو تسهيلات أو تعويضات من طرف الدولة، في ظل غياب مراكز علاج طبيعى مجانية وأطباء مختصين. علما أن الأدوية التي تعتمد عليها هذه الفئة باهظة الثمن ونادرة ومنها ما يجب الحصول عليه من خارج الوطن، الأمر الذي صار يورق حياة الأطفال وعائلاتهم على حد سواء خاصة أنهم لا يملكون بطاقة شفاء خاصة بهم لتمكنهم من تعويض نسبة مائة بالمائة كغيرهم

من المصابين بالأمراض المزمنة، كما أن هذه الفئة تحتاج إلى مستلزمات كثيرة على غرار الكراسي الخاصة والحفاظات وحصص العلاج والمتابعة والتكفل النفسي الذي يعد جانبا مهما وأهم من كل ذلك العمليات الجراحية التي تصل تكاليفها إلى **300 مليون سنتيم** فلا الدولة ولا المجتمع -حسب تعبيره- عرفا معاناة هذه الفئة المهمشة. كما أكد ذات المتحدث، أن فترة الحجر الصحي التي فرضتها جائحة **كورونا** قد أضرت كثيرا بهذه الفئة التي اضطرت إلى التوقف عن حصص العلاج إضافة إلى النقص الفادح في الأدوية الذي أثر سلبا على صحة أطفال الشلل الدماغي، كما زاد من تعقيد الأمور بالنسبة للعائلات التي تكفل أطفالا من هذه الفئة، ويضيف فهي الأسباب التي تدفع بنا للتمسك بالأهداف المسطرة والدفاع عنها بقوة في ظل تزايد عدد حالات هذه الإعاقة وانعدام الدعم والتكفل بهذه الفئة التي تعاني من عدة أمراض أخرى. (نوارة بوبير. صفحة الأوراس نيوز).

خلاصة:

لقد حاولنا في هذا الفصل تقديم أكبر قدر ممكن من المعلومات الصحيحة و العلمية عن الشلل الدماغي، محاولين بذلك رسم صورة واضحة عن هذا المرض الذي يحصى مدى انتشاره بأزيد من **10** آلاف حالة في الجزائر. ولم نتطرق في هذا الفصل عن التكفل بالشلل الدماغي لأننا سنتحدث عنه في الفصل الآتي المخصص للفريق الطبي و كيفية التدخل العلاجي لكل مختص.

الفصل الرابع: مشاركة أسرة الطفل المشلول دماغيا في البرامج العلاجية.

تمهيد.

1. تعريف الأسرة.
2. الدور المشترك للوالدين.
3. تعريف التمارين العلاجية.
4. أهداف التمارين العلاجية.
5. واجبات الأسرة اتجاه الطفل المشلول دماغيا.
6. العلاقة بين المهنيين و والدي الطفل المشلول دماغيا (تعاون الأسرة مع الطاقم الطبي).
7. العلاج بالمشاركة وتدريب أسرة الطفل المشلول دماغيا.
8. التعاون الفاعل من قبل أسرة الطفل المشلول دماغيا.
9. دور الأسرة في تأهيل الطفل المشلول دماغيا.
10. أهداف التأهيل النفسي لأسرة الطفل المشلول دماغيا.

خلاصة

تمهيد:

الأسرة هي المؤسسة الأولى التي تقوم بوظيفة التنشئة الاجتماعية للطفل الذي يتعلم من الأسرة كثير من العمليات الخاصة بحياته، مثل مهارات الأكل واللبس و النوم، فهي المعلم الأول للطفل إذا ما تحدثنا عن جانبها التربوي الذي يعد واجبا أساسيا من واجبات الوالدين، ومن واجبات الوالدين أيضا توفير كل الحاجيات و المتطلبات التي يستلزمها الطفل لنموه نموا طبيعيا، و من بين هذه الحاجيات الأساسية سنذكر العلاج كون أنه موضوع بحثنا، ففي الإعلان العالمي لحقوق الطفل فنص بصريح العبارة البند الخامس بوجوب توفير العلاج الخاص و التربية و الرعاية التي تقتضيها حالة الطفل المصاب بعجز بسبب إحدى العاهات، فعلى والدي الطفل الذي يعاني من أي مرض أن يوفر له كل الظروف التي يستحقها لتلقيه العلاج كأخذه للطبيب و شراء الأدوية و العمل بنصائح الطبيب أيضا، و هذا ما سنتطرق له في هذا الفصل الذي سنخصصه عن الأسرة أو الوالدين و ما هو دورهما ناحية طفلها حين يتلقى العلاج، كما سنتحدث عن أهمية العلاج بالمشاركة و القيام ببعض الواجبات المنزلية المتمثلة في التمارين العلاجية التي يقدمها الفريق الطبي للأباء و التي تساهم في العملية العلاجية للشلل الدماغي.

1. تعريف الأسرة:

1.1 الأسرة في اللغة:

هي الدرع الحصينة، و أهل الرجل و عشيرته، و تطلق على الجماعة التي يربطها أمر مشترك، وجمعها أسر. (عبد القادر القصير. 1999. ص33).

مشتقة من الأسر: وتعني القيد، يقال أسر أسرا أسرا: قيده وأسرته، أخذه أسيرا، و الأسر أنواع: قد يكون الأسر مصطنعا كالأسر في الحروب. وقد يكون اختياريًا يرضاه الإنسان لنفسه و يسعى إليه، لأنه يعيش مهددا بدونه، و من هذا الأسر الاختياري اشتقت كلمة الأسرة. (عبد المجيد سيد منصور، زكرياء أحمد الشربيني. 2000. ص15).

2.1 الأسرة في علم النفس:

تشير كلمة الأسرة إلى معيشة الرجل و المرأة معا على أساس الدخول في علاقات جنسية يقرها المجتمع، و ما يترتب على ذلك من حقوق و واجبات كراية الأطفال و تربيتهم. (سيد رمضان. 1999. ص25).

3.1 الأسرة في علم الاجتماع:

يعرف **لندبرج** الأسرة على أنها النظام الإنساني الأول، ومن أهم وظائفها إنجاب الأطفال للمحافظة على النوع الإنساني. (عاطف غيث. 1967. ص06).

أما **ماكيفر** فيعرفها على أنها وحدة ثنائية تتكون من رجل و امرأة تربطهما علاقات روحية متماسكة مع الأطفال و الأقارب و يكون وجودهما قائما على الدوافع الغريزية و المصالح المتبادلة و الشعور المشترك الذي يتناسب مع أفرادها. (إحسان محمد الحسن. 1983. ص233).

2. الدور المشترك للوالدين:

يلعب الآباء دورا أساسيا في تربية أولادهم بوصفهم المربين الأوائل و عليهم أن يبذلوا كل جهد من أجل ضمان نمو متزن لأولادهم، ولذلك عليهم أن يؤمنوا لهم كل الحاجات الضرورية من أجل حياة سليمة. (طارق كمال. 2005. ص31).

من خلال ما ذكرناه فإنه من الضروري على الوالدين توفير كل الحاجيات اللازمة لحياة سليمة للطفل و من بينها العلاج في حالة مرض الطفل، و من هنا يتجلى لنا ضرورة إنجاز الآباء لنصائح الطاقم الطبي و المتمثلة في الواجبات المنزلية أو ما يعرف بالتمارين العلاجية لزيادة فرص العلاج.

3. تعريف التمارين العلاجية:

هي حركات رياضية معينة لحالات مرضية مختلفة غرضها وقائي علاجي وذلك لإعادة الجسم إلى الحالة الطبيعية أو تأهيله (سميحة خليل محمد. 1990. ص13)

هي مجموعة من التمارين البدنية يقصد بها تقويم الانحراف عن الحالة الطبيعية أو علاج الإصابة التي تؤدي إلى إعاقة العضو عن القيام بوظيفته التامة ومساعدته على الرجوع إلى حالته الطبيعية أو القريبة منها (حياة عباد روفائيل، صفاء الدين الخربوطي. 1991. ص26).

هي استعمال المبادئ الأساسية للفعاليات الحسية و الحركية المختارة لتكون بطريقة فعالة في تطوير العمل الحسي أو الحركي أو على إعادتها للحالة الطبيعية أو القريب منها بعد حدوث الإصابة. (ناصر سعيد. 1978. ص7).

تعد من المحاور الأساسية في علاج الإصابات إذ أنها تعمل على إزالة الخلل الوظيفي للجزء المصاب
(مختار سالم. ص28).

4. أهداف التمارين العلاجية:

للتدريبات العلاجية عدة أهداف منها:

1.4 المحافظة على حجم ووظيفة الأجزاء المصابة و على النغمة العضلية.

2.4 تمنع التشنجات و التقلصات العضلية.

3.4 تقوية العضلات العاملة على الطرف المصاب.

4.4 تحسين المدى الحركي للمفاصل.

5.4 الحصول على الاتزان بين المجموعات العضلية.

6.4 العمل على عدم تيبس المفاصل وزيادة مرونتها للمدى الطبيعي. (عروش عبد الرحمان الحسين،

حطاب عمر. 2016. ص16).

7.4 شمولية الطريقة للحياة اليومية: حيث تشمل المعالجة كافة نواحي الحياة اليومية للطفل و تولي هذه

الطريقة اهتمام كبير للمعالجة العائلية و الاستمرارية العلاجية و الحركة الطبيعية داخل المنزل، كذلك

فإنه يتم التعامل مع الطفل كوحدة متكاملة دون الفصل بين القدرات. (محمد فوزي يوسف. 2001.

ص89).

من خلال ذكر تعريف و أهمية التمارين العلاجية يتجلى لنا أهمية قيام الأولياء بالواجبات أو التمارين

العلاجية رفقة أولادهم في المنزل و ذلك لضمان فرص أكثر للعلاج.

5. واجبات الأسرة اتجاه الطفل المشلول دماغيا:

1.5- الرعاية و المداومة على العلاج في مرحلة الرضاعة و الفطام.

2.5- إلحاق الطفل المعاق بدور الحضانة المتخصصة.

3.5- مداومة الاتصال بالطبيب المعالج.

4.5- العمل على مساعدة الطفل على التكيف الأسري.

5.5- إهمال الإعاقة و عدم ذكرها.

6.5- تعويد الطفل وتعليمه الاعتماد على النفس.

7.5- إلحاق الطفل المعاق بمؤسسات رعاية المعوقين. (د. عصام حمدي الصفدي. 2007. ص165).

6. العلاقة بين المهنيين و والدي الطفل (تعاون الأسرة مع الطاقم الطبي):

لا يختلف اثنان على أهمية الدور الذي يقوم به الوالدين في رعاية الطفل المعاق وتربيته. ولا يختلف اثنان أيضا على أهمية العلاقة بين الوالدين من جهة وذوي التخصصات المختلفة الذين يقومون برعاية الطفل من جهة أخرى. فالمؤسسات والمراكز العلاجية والمدارس الخاصة لا تلغي دور الوالدين بخاصة والأسرة بعامة. وللأسف فإن العلاقة بين والدي الطفل المعاق و المهنيين ليست إيجابية في كثير من الأحيان. ويعود ذلك إلى أسباب عديدة منها ما يتصل بالوالدين ومنها ما يتصل بالمهنيين. فكلا الطرفين قد يتبنى اتجاهات ويستند إلى افتراضات غير واقعية، فالوالدان قد ينظران إلى المختصين على أنهم يعرفون كل شيء عن الطفل وإعاقته. ويشعر أن ما يمكنهما معرفته محدود، ولهذا فإنهما قد ينتشكان في معرفتهما خصوصا إذا كان المهنيون يعتقدون عكس ذلك، وقد تتطور لدى الوالدين اتجاهات ومواقف غير واقعية نحو المهنيين كالشعور بأنهم متعجرفون، أو أن الخدمات التي يقدمونها غير فعالة. ومن ناحية أخرى، فإن المهنيين قد تتطور لديهم أيضا افتراضات واتجاهات غير واقعية كما تشير أدبيات التربية الخاصة، فأن بعض المهنيين يتعاملون مع والدي الطفل المعاق على أنهما يصنعان المشكلات أو أنهما لا يكثران بطفلها. فإن بناء علاقة فعالة مع والدي الطفل يتطلب مراعاة قضايا كثيرة أهمها:

1.6- إن مشكلة الطفل المعاق هي مشكلة الأسرة كلها، لذلك علينا تبني اتجاهات واقعية نحو الأسرة، و التعامل بدعم وتفهم مشكلاتها.

2.6- إن لكل أسرة خصائصها وحاجاتها وقدراتها.

3.6- تذكر دائما أن الهدف الرئيس المتوخى من علاقتك بالأسرة هو تحسين أداء الطفل المعاق، فذلك يطور لديك الصبر والتحمل والتفهم لظروف الأسرة.

4.6- تعرف على هموم الأسرة من وجهة نظرها هي فبعض العلاقات بين المهنيين والأسرة فاشلة منذ لحظة بدئها لأنها ليست موجهة نحو تلبية الحاجات الحقيقية والملحة للأسرة.

5.6- تذكر أن والدي الطفل المعاق لديهما مسؤوليات أخرى إضافة إلى مسؤولية رعاية الطفل المعاق.

6.6- تذكر أن العلاقة البناءة بينك و بين الأسرة تعود بفوائد إيجابية لا على الطفل المعاق وأسرته فحسب، وإنما عليك أيضا.

7.6- استخدام اللغة التي يستطيع الوالدان فهمها بسهولة نسبيا. (محمد عبد السلام البواليز. 2000. ص191).

7. العلاج بالمشاركة و تدريب أسرة الطفل المشلول دماغيا:

منذ قديم الزمان و الكل منا يقدرّون مدى أهمية الوالدين في عملية تنفيذ البرامج العلاجية المتكاملة والتي تؤثر بشكل إيجابي على مدى تحسن أطفالهم وخاصة عند الحديث عن صغار السن و الذين يقضون معظم وقتهم مع أمهاتهم، ويجب أن تذكر دوما أن الطريقة التي تسلكها الأم خلال رعايتها اليومية لطفلها عندما تداعبه أو تحمله أو تطعمه أو تلبسه أو تنظفه لها أهميتها البالغة في تقدم الطفل أو عدمه هذا وإن إهمال الأهل و عدم توجيههما توجيها مفصلا ودقيقا حول كيفية معالجة ورعاية طفلها يعد أساسا في نجاح العملية العلاجية. (محمد فوزي يوسف. 2001. ص143).

إن أية محاولة ناجحة لتدريب والدي الطفل المعاق يجب أن تأخذ بعين الاعتبار النقاط الآتية:

1.7- التخطيط لبرنامج تدريب.

2.7- المحافظة على استمرارية مشاركة الوالدين في العملية العلاجية.

3.7- تهيئة الظروف المشجعة لاستمرارية الاشتراك.

4.7- التعزيز أو مكافأة اشتراك الأهل.

5.7- تقييم البرنامج العلاجي. (محمد عبد السلام البواليز. 2000. ص193).

8. التعاون الفاعل من قبل أسرة الطفل المشلول دماغيا:

كلما زاد تعاون وتفاعل الأهل مع العملية العلاجية و الاستجابة بالإضافة إلى تطبيق النصائح المعطاة أو المقدمة من قبل المختصين و المتعاملين مع الطفل الذي لديه الشلل الدماغية كانت النتائج المرجوة من العملية العلاجية أكثر فاعلية و بشكل عام:

1.8- فإن ما يزيد على ما نسبته 70 بالمائة من الرعاية والعناية المقدمة للأطفال الذين لديهم الشلل الدماغية تكون من مسؤولية الأهل حيث إنه مهما بلغت كفاءة وقدرة الخدمات المقدمة ودرجتها فإنها تقف عاجزة مكتوفة الأيدي إذا كان هناك تقصير أو عدم تعاون من قبل الأهل. وهنا علينا أن نوضح للأهل أن

لا تتم ترجمة مسألة الاستمرارية العلاجية في المنزل على أنها واجب يومي منفصل مدته ساعة أو نصف ساعة بل يجب أن تدخل المهارات العلاجية في المهارات الحياتية اليومية للطفل وتكون جزءا لا يتجزأ منها بحيث تكون المحصلة عبارة عن نظام حياتي.

2.8- دور الأسرة أساسي في المقام الأول ومكمل في المقام الثاني للعملية العلاجية من جميع جوانبها المختلفة.

3.8- كلما تعاون الأهل أكثر كان التحسن ملحوظا وخصوصا إذا كان الأهل يكررون التمارين العلاجية في المنزل ويتبعون النصائح و الإرشادات المعطاة لهم لأكثر من مرة باليوم.

4.8- المواظبة على التمارين العلاجية دون انقطاع يزيد من درجة التحسن فقد لاحظنا أن الأطفال بعد فترات الانقطاع غالبا ما يكون هناك تغيرات سلبية في الأداء الحركي.

5.8- كمية الرعاية و الحث من قبل الأهل تشكل الخطوات الأساسية الأولى لأي طفل في عملية التعلم و اكتساب المهارات الحياتية اليومية و الخبرات المتعددة حيث إن استجابات الطفل وتكيفه مع البيئة يعتمد أساسا على السلوك العائلي معه.

6.8- إن التمارين العلاجية تزداد فاعليتها كلما زاد تكرارها السليم. وإن من واجب الأهل البحث عن الأوقات المناسبة و التمرينات المناسبة لطفلهم. كذلك أن يجعلوا طفلهم يحصل على تمارينه المختلفة من خلال شمولية هذه التمارين في جوانب حياته المختلفة من مأكلا ومشرب و تنقل ولعب و حمام... الخ

7.8- كذلك يجب التذكير أن العمل في البيت مع الطفل ليس بديلا بل مكملا للعلاج في المركز وفي الوقت ذاته العلاج في المركز ليس بديلا للعلاج في المنزل.

8.8- كثافة وشمولية التمارين العلاجية حيث أنه كلما تم اختيار الوسائل العلاجية بشكل مناسب وكانت هذه الوسائل شاملة لجميع مناحي الحياة للطفل و مستمرة على مدار الساعة كانت النتائج المتوقعة أفضل و أسرع أي أن هناك علاقة طردية قوية بين كثافة وشمولية البرامج العلاجية ومدى إمكانية حدوث التحسن. (محمد فوزي يوسف. 2011. ص145).

9. دور الأسرة في تأهيل الطفل المشلول دماغيا:

تلعب الأسرة دورا هاما في عملية تأهيل طفل الشلل الدماغي وذلك بسبب طول الفترة التي تقضيها الأسرة مع الطفل من جهة و لحرصها الشديد على مصلحته أكثر من غيرها من جهة أخرى، و يمكن توضيح دور الأسرة من خلال المهارات الحياتية.

1.9- حمل الطفل و تحريكه: و يكون ذلك من خلال تشجيع الطفل على استخدام يديه و قدميه و التحكم برأسه من خلال أنشطة تساعد الطفل على ذلك على أن يراعي في حمل الطفل ما يلي:

أ- عدم إيذاء الطفل.

ب- إعطاء حرية الحركة.

ج- ضمان عدم سقوط الطفل.

د- مراعاة طبيعة الإعاقة بالنسبة للطفل.

هـ- مراعاة الأجهزة التعويضية المستخدمة.

و- يجب مراعاة وضعية الحمل أثناء الوقوف.

2.9- اللباس: يحتاج الطفل إلى استخدام ملابسه (خلعها أو ارتدائها) و يجب مراعاة ما يلي:

أ- اختيار ملابس سهلة من حيث خلعها أو ارتدائها.

ب- تشجيع الطفل على الاستقلالية في اللباس من خلال تحليل المهمات.

ج- مراعاة الظروف الجوية من حيث (البرد، الحرارة).

هـ- تشجيع الطفل في المشاركة في ارتداء الملابس و خلعها و المحافظة عليها.

و- عدم اختيار الملابس التي تحتوي على الأزرار بشكل كبير.

ز- أن تكون الملابس مناسبة لحجمه أو أكبر قليلا.

3.9- الأكل و الطعام: يحتاج الطفل لطاقة غذائية للاستمرار في حياته، وهنا يجب مراعاة ما يلي:

أ- تدريب الطفل على الاستقلال في الطعام.

ب- إعطاء الطفل الكمية اللازمة لنموه وحجمه و وزنه وطوله.

ج- يجب أن تكون كمية الغذاء متوازنة.

د- يجب أن يكون في وضعية مناسبة أثناء تناول الطعام.

هـ- يجب استخدام الوسائل المساعدة إذا لزم ذلك مثل الملاعقة اليدوية أو الآلية.

و- يجب مساعدة الطفل على تحريك الفكين للمضغ و البلع من خلال المساعدة اليدوية.

ز- يمكن إتباع المساعدة اليدوية في شرب السوائل و الماء.

ر- يجب مساعدة الطفل في تناول الطعام إذا لزم الأمر.

4.9- الاستقلال:

أ- وتشمل المهارات الاستقلالية تناول الطعام و الشراب و اللباس و استخدام أدوات الطعام مثل الملاعق و الشوك و مقاعد الجلوس و السكاكين و أيضا المساعدة في التدريب على قضاء الحاجة وذلك من خلال تعليم الطفل التحكم في حاجته (البول و البراز).

ب- من خلال إخبار الأهل بحاجة الطفل عن استخدام الحمام أو التواليت ويكون التدريب على قضاء الحاجة بعد التأكد من مرحلة النمو المناسبة و عندها يكون الطفل مستعدا لذلك و قادرا جسديا على التعاون.

ج- وضع الطفل في المكان المخصص لقضاء الحاجة عند حاجته لذلك.

د- استخدام المساعدة اللفظية و التعزيز.

هـ- استخدام المساعدة المادية لقضاء الحاجة.

و- استخدام الأمثلة و الإيضاحات من خلال الألعاب.

5.9- النظافة و الإستحمام: يجب تدريب الطفل على وسائل النظافة و الاستحمام بتحليل المهمات و

التشجيع و استخدام الأدوات اللازمة و العناية بالنظافة.

أ- العناية بالأسنان و اللثة من خلال تجنب الأطعمة و المشروبات كثيرة السكر.

ب- التركيز على الأطعمة القاسية التي تنظف الأسنان.

ج- مساعدة الطفل ماديا بتنظيف أسنانه بشكل عام، يجب مراعاة ما يلي:

ج.1- الاستحمام مرة واحدة أسبوعيا على الأقل.

ج.2- استخدام المنظفات حسب الضرورة.

ج.3- التدريب على الحفاظ على ملابسه نظيفة.

ج.4- المساعدة المادية في عملية التنظيف و الاستحمام، و الاقتصاد بالنفقات.

6.9- تدريب الطفل على استخدام المثيرات الحسية: وذلك من خلال ما يلي:

- أ- استخدام ألعاب لتقوية حاسة السمع.
- ب- استخدام ألعاب لتقوية حاسة الإبصار.
- ج- استخدام ألعاب لتقوية حاسة اللمس.
- د- استخدام أدوات لتقوية حاسة الشم مع مراعاة شروط السلامة في الأدوات وهي:
 - د.1- أن تكون مطلية بطلاء غير قابل للزوال.
 - د.2- أن تكون الأدوات خفيفة الحمل.
 - د.3- أن تكون الأدوات سهلة الاستعمال.
 - د.4- أن تكون الأدوات قليلة التكاليف و مناسبة للبيئة.

7.9- اللعب: يحتاج الطفل المعاق حركيا كغيره من الأطفال العاديين للعب واستغلال طاقاته من خلال القيام بالألعاب المفيدة و تشمل الألعاب تمارين الجري الزحف و الحبو و المشي و التوازن، و الألعاب المصنوعة محليا داخل المركز على أن يتم مراعاة ما يلي:

- أ- عدم الاستمرار بالنشاط نفسه لمدة طويلة.
- ب- البحث عن مصادر للتغير دائما.
- ج- أن تكون اللعبة نظيفة و غير سامة.
- د- هناك عدة أنواع من الألعاب منها:
 - د.1- لعب لتقوية اللمس و الإحساس: منها الأقمشة و الحيوانات الصغيرة و الدمى.
 - د.2- لعب للتذوق و الشم مثل: الأطعمة، الأزهار، الفواكه، و العطور.
 - د.3- لعب للرؤية: كالصور الضوئية، والمرايا.
 - د.4- لعب للتوازن: كالمراجيح و لوح التوازن و الجياد الخشبية.

د.5- لعب للسمع: كالأجراس و الصفارات و الكلام و الغناء.

د.6- لعب لتطوير القدرات العقلية: كلعب المطابقة و لعب الأحاجي و الألغاز.

هـ- يجب مراعاة نوعية الإعاقة في اختيار نوعية اللعبة. (د. عصام حمدي الصفدي. ص165).

8.9- جوانب تكييف المنزل:

بغض النظر عن نوعية الإعاقة الحركية التي يعاني منها الطفل فيجب مراعاة مايلي:

أ- تكييف الممر أو مدخل البيت بحيث يكون من السهولة الدخول و الخروج منه.

ب- تكييف طريقة الصعود إلى الطوابق الأخرى.

ج- تكييفات للمشبي مثل عمل حواجز للدرج أو أماكن للوقوف أو الجلوس.

د- وضع حواجز وقائية على الأرض (موكيت، سجاد).

هـ- تحسين نوعية الممرات من حيث الدخول و الخروج (البلاط سيراميك أو رخام).

ي- تكييف الطاومات و الكراسي.

و- تكييف المغاسل و الحمامات بحيث يسهل استخدامها من قبل المعاقين حركيا في الأطراف السفلى من حيث الارتفاع للمغسلة و نوعية الحنفيات.

ز- تكييف أحواض الغسيل و المطبخ بالنسبة للفتيات.

ر- أن تكون المكاتب مناسبة. (د. عصام حمدي الصفدي. ص190).

10. أهداف التأهيل النفسي لأسرة الطفل المشلول دماغيا:

1.10- مساعدة الأسرة على فهم حالة الإعاقة و تقديرها و تقبلها، و ذلك من خلال تزويدها بالمعلومات الضرورية عن حالة الإعاقة و متطلباتها و تعديل اتجاهاتها نحو إعاقة طفلها.

2.10- مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية و الاجتماعية التي يمكن أن تنشأ عن حالة الإعاقة و التخفيف من آثارها.

3.10- مساعدة الأسرة على الوصول إلى قرار سليم و اختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم ذي الإعاقة.

4.10- مساعدة الأسرة على بناء توقعات إيجابية و موضوعية عن قدرات طفلها ذي الإعاقة و إمكاناته.

5.10- تدريب الأسرة و إرشادها على أساليب رعاية الطفل و تدريبيه في البيت. (لؤي الأيوب. 2017.

ص34).

خلاصة:

و في النهاية يمكننا أن نستخلص مدى أهمية التمارين العلاجية و ما تقدمه من تطورات للطفل المشلول دماغيا، لكن الأهم من هذا وهو ضرورة إنجاز هذه التمارين العلاجية من طرف الوالدين في المنزل بعد ما يتم تأهيلهم نفسيا وتدريبهم، و ذلك لتكون استمرارية للعلاج، خاصة و أن الطفل يقضي معظم أوقاته مع والديه، لهذا يعتبر عمل الوالدين مع الطفل في المنزل العامل الأساسي في نجاح و استمرار العملية العلاجية. و سنتطرق للتمارين العلاجية المقدمة من طرف الطاقم الطبي للأولياء في فصل الطاقم الطبي و سنفصل فيها بصورة واضحة جدا.

الفصل الخامس: الفريق (الطاقم) الطبي.

تمهيد.

1. تعريف الطاقم الطبي.
2. أعضاء الطاقم الطبي.
3. الأطباء.
4. المعالج المهني و التمرين العلاجية التي يقدمها.
5. المعالج الطبيعي و التمرين العلاجية التي يقدمها.
6. أخصائي التربية الحس-حركية و التمارين العلاجية التي يقدمها.
7. مقوم الأعضاء الإصطناعية.
8. المختص الأرطفوني و التمارين العلاجية التي يقدمها.
9. المربي الخاص وأهداف التربية الخاصة.
10. الأخصائي النفسي ودوره.

خلاصة

تمهيد:

لما كان الشلل الدماغي اضطرابا بالغ التعقيد، فإن معالجته تتطلب جهود فريق من ذوي التخصصات المختلفة كالأطباء، اختصاصي العلاج الطبيعي، و العلاج الوظيفي، و اختصاصي علم النفس، و المعلمين، و اختصاصي اضطرابات اللغة و الكلام، و غيرهم. وتلعب النشاطات الحركية المنظمة و أوضاع الجلوس المناسبة دورا مهما في تنمية القدرات الحركية الطبيعية لدى الطفل، و تحول دون تطور المظاهر النمائية الحركية الغير طبيعية. إضافة إلى ذلك فقد تحتاج هذه الفئة من الأطفال إلى تناول بعض العقاقير، أو بعض العمليات الجراحية. أو إستخدام أدوات و أجهزة خاصة مكيفة للجلوس، و الوقوف، و المشي. فهم بحاجة إلى أن يشعروا بالأمن الجسمي و النفسي أيضا، لذا لابد من مشاركة الوالدين في كافة مراحل العلاج كما فصلنا في الفصل السابق، و سنخصص هذا الفصل للفريق الطبي الذي يشارك في العملية العلاجية لأطفال الشلل الدماغي.

1. تعريف الفريق الطبي (الفريق العلاجي):

العمل بروح الفريق هو العمل المشترك الذي يقوم به ذوو تخصصات مهنية مختلفة، ويشمل قياس قدرات الطفل و تخطيط و تنفيذ البرامج التربوية و التأهيل المقدمة، و يتصف عمل الفريق بالاستمرارية، إذ أنه لا يقتصر على جانب محدد من جوانب العملية التأهيلية أو التربوية.

فإن العمل من خلال فريق لا يعني مجرد اشتراك أكثر من متخصص واحد ولكن يعني التعاون، و التفهم بين جميع أعضاء الفريق، فكل عضو من أعضاء الفريق يقدم خدمات متخصصة في ظروف عمل يسودها وضوح الأدوار، و التعاون، و التقدير دون هيمنة بعض الأعضاء، فذلك لا يؤدي إلا إلى إضعاف الفريق وخدماته. (محمد عبد السلام البواليز. 2000. ص 101).

و يعمل الفريق الطبي على تطبيق برامج التأهيل الشامل من طرف متخصصون في مجالات التأهيل المختلفة معتمدين على الطريقة العلاجية المثلى و هي العمل كفريق متكامل، و الرعاية الكاملة منذ الانتقال من السرير إلى الكرسي ذي العجلات و استعمال الحمام و الاعتماد على النفس في المأكل و الملابس و النظافة الشخصية، و تزويد المصاب بالأدوات المساعدة للاستعمال الشخصي حسب الإصابة مثل الكتابة، الرسم، الخزف، و الطبخ. (د. عصام حمدي الصفدي. 2007. ص 143).

2. أعضاء الفريق الطبي:

يتكون الفريق الطبي من ثلاث مجموعات أو فئات أساسية و هي كالاتي:

فئة الأطباء	فئة المختصين في الشبه الطبي	فئة خريجي الجامعات
- طبيب أطفال (Pédiatre) - طبيب أعصاب (Neurologue) - طبيب مختص في الجراحة التجبيرية (Médecin orthopédiste) - طبيب مختص في الطب الفرزيائي وإعادة التأهيل (Médecin rééducateur) - طبيب مختص في طب العيون (Ophtalmologue) - طبيب مختص في أمراض السمع والأذن والحنجرة (ORL)	- معالج طبيعي وفرزيائي (Kinésithérapeute) - معالج مهني أو وظيفي (Ergothérapeute) - أخصائي في التربية الحس- حركية (Psychomotricien) - مقوم الأعضاء الاصطناعية (Appareilleur)	- أخصائي نفسي عيادي (Psychologue Clinicien) - أخصائي في تصحيح النطق اللغوي والشفوي (Orthophoniste) - أخصائي في التربية الخاصة أو علم النفس المدرسي (Éducateur)

-جدول 2: يوضح الأعضاء الأساسية في الفريق الطبي لعلاج الشلل الدماغي-

ملاحظة: الأعضاء المذكورة في الجدول أعلاه ليست بالضرورة القائمة النهائية للفريق الطبي حيث يمكن أن تتطلب حالة الطفل مختصين آخرين كأخصائي جراحة الأعصاب، أو جراحة العيون، أو طبيب أمراض عقلية، و مختصين في العلاج بالماء، والعلاج بالحث الكهربائي، ومختصين آخرين...، أي أن

كل حالة تتطلب فريق خاص بها، لكن في عموم الحالات فهذا هو الفرق الطبي الذي يتكفل بالأطفال المشلولين دماغيا.

3. الأطباء:

1.3. طبيب الأطفال: هو طبيب مختص في فرع طب الأطفال وأمراضهم، كأمراض القلب، أمراض الغدد الصماء، أمراض النمو والبلوغ، أمراض الجهاز الهضمي، أمراض الكلى، التشنجات الخلقية، الأمراض المعدية، الالتهابية، الأيضية، العصبية، الطب النفسي للأطفال، وكذلك الطب الوقائي والمدرسي.

(Larousse Médical)

2.3. طبيب الأعصاب: هو طبيب مختص في دراسة وعلاج الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي المركزي والمحيطي، النخاع الشوكي، الجذور والشبكة.

(Larousse Médical)

3.3. طبيب مختص في الجراحة التجبيرية: هو طبيب مختص في معالجة وجراحة التشوهات الخلقية أو المكتسبة للجهاز الحركي والعمود الفقري، العظام، المفاصل، الأوتار، جراحة العضلات و الهيكل العظمي، الأطراف الاصطناعية، كسور العظام، الأورام، التهابات وهشاشة العظام.

(Larousse Médical)

4.3. طبيب مختص في إعادة التأهيل الوظيفي: هو طبيب متخصص في الطب الفزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، وذلك باستعمال كل الوسائل المطبقة لاستعادة الفرد استخدام الطرف أو الوظيفة.

(Larousse Médical)

5.3. طبيب العيون: هو شخص متحصل على درجة طبية مخصصة لدراسة بنية وعمل الجهاز البصري والأمراض التي تتعلق به، يعالج أطباء العيون بالليزر ويضمنون تصحيح اضطرابات الرؤية، يصفون النظارات والعدسات الطبية، كما يمكن أن تكشف دراسة المجال البصري عن تشوهات متعلقة بأضرار عصبية.

(Larousse Médical)

6.3. طبيب مختص في أمراض الأنف والأذن والحنجرة: هو طبيب مختص في طب الأنف والأذن والحنجرة يعالج الالتهابات، والسمم، الأورام، العمليات الجراحية في اللوزتين، الغدة الدرقية، وكل ما يتعلق بالأنف والأذن والحنجرة.

(Larousse Médical)

4. المعالج المهني:

المعالج المهني هو الشخص الذي تحصل على تكوين في الشبه الطبي تخصص العلاج المهني، وهو الذي يساعد الأشخاص الذين يعانون من اختلال وظيفي جسدي و نفسي أو اجتماعي من أجل تمكينهم من اكتساب أو استعادة أو الحفاظ على الأداء الأمثل في حياتهم الشخصية، أو وظائفهم المهنية، أو مجال أوقات فراغهم، من خلال استخدام الأنشطة الملموسة المتعلقة بهم ومراعاة إمكانياتهم وقيود بيئتهم.

(Guisset Marc-Eric. 2018. P01.)

التمارين العلاجية التي يقوم بها المعالج المهني:

- العمل على الاندماج في المسار الطبيعي للأطفال في سنه من حيث الاستقلال، التعليم، والحياة الاجتماعية.
- الكتابة بانتظام على سطر واحد، مما يجعل كل الأحرف مربعة.
- العمل على الكفاءة و الدقة، أثناء الوقوف من خلال تنسيق الطرفين العلويين.
- العمل على تحديد الجهات اليمنى و اليسرى، فوق وتحت، بنشاط البناء.
- تمرين الكتابة الصحيحة: حافظ على وضع الجلوس الصحيح مع التحكم في الوزن وتقويم الجذع ووضع الورقة بشكل صحيح، ثبت معصمك في الكتابة (اليد في امتداد الساعد).
- تمرين التوازن: حافظ على التوازن أثناء الوقوف. مع تقليل الدعامات تدريجيا في وضع الوقوف.
- نقل الأحمال التي تتناسب مع الطفل في أنشطة التنسيق الدقيق بين الأطراف العلوية والسفلية، واليمنى واليسرى.
- تمرين التركيز: أن يكون الطفل قادرا على التركيز من 20 إلى 30 دقيقة على نشاط ما.

(Sylvie Meyer. 1990. P63.)



-صورة 4: توضح تكييف المعالج المهني للحمام-

5. المعالج الطبيعي أو الفزيائي:

يطلق هذا الاسم على الأشخاص الذين تحصلوا على شهادة في العلاج الطبيعي بعد تكوين لمدة ثلاث سنوات في معهد الشبه طبي. يقوم الأخصائي الطبيعي يدويا أو آليا بإعادة التأهيل أو إعادة التكييف التي تهدف إلى الحفاظ على السلامة الهيكلية والوظيفية للشخص الذي يواجه صدمة أو مرض أو إعاقة و استعادتها أو استكمالها.

(Judith Matharan. 2009. P30)

التمارين العلاجية التي يقوم بها المعالج الطبيعي:

- المساج العادي و المساج العميق للأطفال الذين لديهم انخفاض في التوتر العضلي.
- حركات سلبية للمدى الحركي الكامل وتكون الحركات بطيئة في الشد الزائد وتزداد سرعة في حالة التصلب.
- حركات إيجابية بواسطة المساعدة.
- حركات ضد المقاومة.
- الحركات المشروطة والتي توصف للأطفال الرضع و المعاقين.
- الحركات المتجمعة أو المتحدة أي تدريب الطفل على القيام بتحريك أكثر من مفصل في آن واحد.

- التدريب باستخدام الأنماط التبادلية بحيث يتم تحريك مثلا أحد الرجلين ثم تحريك الأخرى كحركات البدالات في الدراجات الهوائية من وضعية النوم الظهرى أو الحبي أو المشي على الركب أو المشي.

- التدريب على التوازن من وضعية الجلوس و الوقوف باستعمال الأجهزة. (محمد فوزي يوسف.

2011. ص80).



-صورة 5: توضيح تدليك الأخصائي الطبيعي للرجل-

6. أخصائي في التربية الحس-حركية:

المعالج النفسي الحركي هو شخص تكون في الدراسات النظرية والعملية في التربية الحس-حركية لمدة ثلاث سنوات في معهد معتمد من طرف وزارة الصحة (المعهد الشبه الطبي). و يهتم هذا التخصص الذي يعتبر علاجاً بواسطة الجسم، يقوم على أساس العلاقة المتبادلة بين الوظائف الحركية والحياة النفسية للفرد.

(Marion Bory. 2003. P02.)

التمارين العلاجية التي يقوم بها المختص في التربية الحس-حركية:

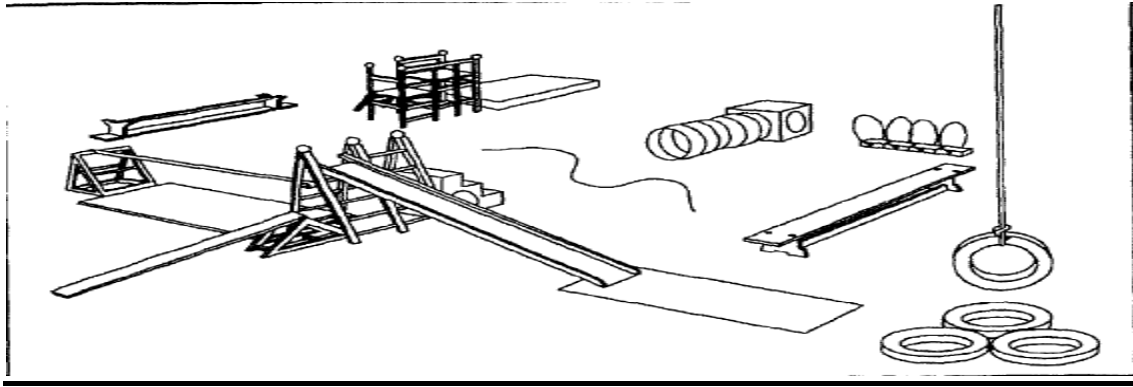
- المهارات الحركية العامة وكل ما يتعلق بالسلوكيات الحركية التي تشمل أجزاء من الجسم أو الجسم كله.

- تمرين القدرة على تحريك جزء من الجسم.

- تمارين التنسيق والتحكم في التوازن.

- تمارين ضبط الجسم في الفضاء.
- تمارين الحركات الدقيقة، كمهارة الأصابع والتعامل مع الأنشطة الدقيقة.
- التنسيق اليدوي للعين.
- مخطط الجسم أو صورة الجسم، ومعرفة أجزاء الجسم.
- تمارين التنظيم الإدراكي للزمان والمكان، وإدراك الاختلافات والتشابه.
- تمارين اكتساب مفاهيم الفضاء والكلمات التي نستخدمها لتحديد الموقع.

(Alicia Wuthrich. 2016. P12.)



- صورة 6: توضح المسار العلاجي للتربية الحس-حركية-

7. مقوم الأعضاء الإصطناعية:

هو متخصص في صناعة أجهزة لتقويم العظام والأعضاء الاصطناعية، والجبائر والأجهزة التعويضية. حيث يشتمل جهاز تقويم العظام على مجموعة من الوسائل و المواد المستخدمة لتحسين جودة الحياة ووظيفة المرضى ذوي الإعاقات الحركية، ويمكن أن تكون هذه الأجهزة مؤقتة أو دائمة. يقوم هذا المتخصص بصناعة هذه الأجهزة تحت طلب من الطبيب المختص في الطب الفزيائي وإعادة التأهيل أو طبيب مختص في الجراحة التجبيرية.

(PR Soumaya Lemai. 2016. P06.)

التمارين العلاجية التي يقوم بها مقوم الأعضاء الإصطناعية: في حقيقة الأمر ليس لهذا المختص تمارين علاجية لكن هو يصمم الجبائر و الأجهزة التعويضية و مقومات العظام و عدد من الأجهزة التي

تستخدم في تعديل التشوهات. لكن ما هو أساسي في هذا التخصص هو ضرورة التزام أولياء الطفل المشلول دماغيا بالاستماع لتعليماته فيما يخص ارتداء و لبس هذه الأجهزة فمنها ما يكون ارتداءه في الليل أثناء النوم، و منها ما يكون في أوقات أخرى بزم من محدد، ومنها ما يتم ارتداءه أثناء المشي أو الجلوس.

يعتبر ارتداء جهاز تقويم العظام ضروري جدا حيث يعتبر من أساسيات إعادة التأهيل الوظيفي.



-صورة 7: توضح مساعد لتقويم العظام-

8. مختص في تصحيح النطق الشفوي و اللغوي (المختص الأرطفوني):

تطلق على المتخصصين بتوفير العلاج الكلامي واللغوي، وله تسميات مختلفة مثل معالج الأمراض الكلامية أو اللغوية، المعالج الكلامي، ومعلم الكلام. وهو شخص يحمل شهادة كفاءة سريرية. ويتلقى هذا المعالج عادة تدريب في عدد من التقنيات المصممة لعلاج الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، كالمعالجة العصبية النمائية والعلاج بالتكامل الحسي والتواصل التعزيزي (استخدام التقنيات الغير كلامية كالإشارات أو الصور لتعزيز القدرات الكلامية للطفل). وقد يتلقى المعالج تدريباً في أنواع أخرى من التقنيات مثل علاج العجز الجمعي وتقنيات إطلاق العضلة الملتهبة التي تستخدم في محاولة تسهيل المزيد من نماذج الحركة الطبيعية علاوة على ذلك قد يكون المعالج مؤهلاً في عدد من تقنيات التدريب السمعي المتخصصة لتقوية المهارات السمعية لدى الأطفال. (بيداء علي العبيدي. 2002. ص254).

التمارين العلاجية التي يقوم بها المختص الأرطفوني:

- إخراج الأصوات عن طريق الأجراس والطبول أمام الطفل مباشرة، ثم في أحد الجانبين بحيث يجعل الطفل يلتفت نحوه، فإذا لم يلتفت فاجعل اللعبة أمامه بحيث يراها ثم أبعدها عنه ليجتهد عن مصدر الصوت.

- تكرار الصوت والتحدث مع الطفل بلغته، حتى يبدأ بنطق الكلمات البسيطة.

- لكي يتعود الطفل على الكلام اشرح له كل شيء تفعله أمامه، باستخدام كلمات بسيطة و واضحة.

- فهم اللغة لا يتوقف فقط على السماع وإنما عن طريق مراقبة الشفاه والنظرات لذلك فالتكلم مع الطفل يكون حسب مستواه.

- شرح وفهم الكلمات للطفل قبل النطق بها.

- ألعاب على شكل أسئلة تساعد على الإصغاء والتعلم و بإمكانه الإجابة عن طريق الإشارة.

- الإيقاع له أهمية للنمو اللغوي: غني له بعض الأغاني، العزف على آلة موسيقية ويقلد الطفل لحركات الجسم.

- قلد الصوت الذي يخرجها الطفل ليقلدك الطفل، ثم النطق ببعض الكلمات المشابهة.

- ممارسة الألعاب و التمارين التي تساعد الطفل على كيفية استخدام فمه ولسانه وشفتيه.

- تشجيع الطفل على إخراج الأصوات و ليبدأ ب (ممم) لأن ذلك سهل عليه.

- مساعدة الطفل على تعلم كلمات أخرى تدريجياً ويتمرن على استعمالها من خلال لعبه وأنشطته

اليومية. (محمد عبد السلام البوايز. 2000. ص135).

- التعامل مع سيلان اللعاب من الفم: إذا كان اللعاب يسيل من فم طفلك بسبب مشاكل في التغذية

الإسترجاعية الحسية، سيريك المعالج كيف تدلك فمه بقطعة قماش وألياف ذات تراكيب متنوعة لزيادة

حساسيته للبلل. وسيعلمك أيضا كيف تستخدم تقنيات أخرى تساعد في معرفة الفرق بين الشعور بالبلل

والشعور بالجفاف. أما إذا كان سيلان اللعاب ناتج عن مشاكل حركية، سيريك المعالج كيف تثبت طفلك

في وضعية يترأصف فيها رأسه وجدعه كي تقترب قوة عضلاته قدر الإمكان من المستوى الطبيعي،

وسيعلمك المعالج أيضا كيف تحفز البلع الطبيعي الذي يعد مفتاح السيطرة على سيلان اللعاب، وكيف

تطور سيطرة الطفل على شفتيه بحيث يبقيهما مغلقين أثناء الراحة. (بيداء علي العبيدي. 2002.

ص261).



-صورة 8: توضح تعليم الطفل نطق الألوان-

9. المربي الخاص:

تعرفه الموسوعة للتربية على أنه شخص متخصص في التعليم والتدريب وبصفة عامة فإنه يتعامل مع المواقف المدرسية وهو يقوم بدور قريب من دور الأخصائي النفسي العيادي ولكنه يعمل في المدرسة أو الروضة أو المدارس الخاصة و يتعامل مع المشكلات المدرسية التي تواجه الطلبة. (أ.د إيهاب عبد العزيز الببلاوي. 2014. ص28).

أهداف التربية الخاصة:

- تنمية مهارات المواجهة.
- تنمية المهارات الاجتماعية.
- تنمية القدرة على حل المشكلات.
- تنمية القدرة على إتخاذ القرارات.
- تعديل وتغيير السلوك.
- التعليم وما يخصه من كتابة ورسم وحساب على حسب عمر الطفل.
- تنمية طاقات الطلبة. (أ.د إيهاب عبد العزيز الببلاوي. 2014. ص256).



- صورة 09: لقسم مكيف للتربية الخاصة لأطفال الشلل الدماغي-

10. الأخصائي النفسي:

هو شخص يعتني بالأشخاص الذين يعانون من أمراض جسدية، عقلية ونفسية محاولا الوصول إلى حلول للتكيف مع الوضع. بإجراء تحليلات وتقييمات للمرضى الذين يعانون من معاناة نفسية (صعوبة في التكيف، والعلاقة...)، يعمل على جمع المعلومات بالمقابلات العيادية، كما يقوم بتصميم برامج علاجية ووقائية. كل هذا بهدف الدعم النفسي للمريض من خلال فهم معاناته للوصول لرفاهية المريض.

(study rama. 2021.)

التمارين العلاجية التي يقوم بها الأخصائي النفسي: إن الأخصائي النفسي على عكس كل الفريق الطبي فهو الشخص الوحيد الذي يعمل على كل الأسرة، حيث يقدم الدعم النفسي للعائلة، كما يتكفل بحالة الطفل المشلول دماغيا أيضا ومن مهامه ما يلي:

التكفل بالطفل المشلول دماغيا:

- العمل على تقدير الذات (تعزيز تنمية الثقة).
- جلسات للاسترخاء، وتنظيم وقت للراحة.
- الاستماع للطفل، وحاجته للتعبير الإبداعي.
- العمل على فهم الطفل لجسده.

- الإدماج الاجتماعي من خلال إدماجه مع أطفال آخرين.
- الدعم العلاجي للطفل، من خلال معرفة مخاوفه وآلامه.

(Marlène Tanoh. 2017. P35.)

التكفل بالأسرة: (محمد فوزي يوسف. 2011. ص141).

الاستجابة المطلوبة من الأخصائي النفسي	ردة فعل الوالدين
	الصدمة
	النكران
	الحداد
	الخجل والخوف
	اليأس والإكتئاب
	الغضب

- تفهم شعورهما بالإحباط.	
- وجه الوالدين وقدم لهما الإرشادات المناسبة ولعل أفضل الطرق وأكثرها فائدة هي التعامل مع الطفل إيجابيا والتي تركز على التحسن في أدائه.	الرفض أو الحماية الزائدة
- دع الوالدين يشاركان في تقديم التمرينات العلاجية وزودهما بالمعلومات التي يحتاجان إليها للتعامل مع طفلها بطريقة مناسبة.	التكيف والقبول

- جدول 03: يوضح تدخلات الأخصائي النفسي على أسرة الطفل-

خلاصة:

لقد حاولنا تخصيص هذا الفصل للطاقم الطبي الذي يتكفل بحالة الطفل المشلول دماغيا من جميع النواحي، أو ما يعرف بالعلاج المتعدد التخصصات، بداية بالأطباء، مروراً بالعلاج الطبيعي و المهني و الأروطفوني، وصولاً إلى التربية الحس حركية، و التربية الخاصة التي تعتبر مهمة جدا في تطوير قدرات الطفل المعرفية ما يساعد كثيرا الطاقم الطبي في فهم التعليمات التي يقدمونها للطفل أثناء العلاج، وأخيرا تطرقنا لدور الأخصائي النفسي والذي يعتبر أهم خطوة في العلاج كون أنه يعمل على التأهيل النفسي للأسرة لتقبل طفلها من جهة، ومن جهة أخرى العمل على الطفل لتقبل ذاته وتحقيق استقلالية، وصولاً إلى الدمج الدراسي والاجتماعي، و البحث عن وظيفة في المستقبل ودمجه مهنيا.

الفصل السادس: الإجراءات التطبيقية.

1. منهج الدراسة و أدوات البحث.
2. الحدود المكانية، الزمانية والبشرية.
3. جدول المقابلات.
4. العلاقة الإيجابية فاحص-مفحوص.
5. العقد العلاجي.
6. تقنية المراقبة الذاتية.
7. جدول التمارين العلاجية.
8. قياس الدافعية للتغيير.
9. عرض الحالة.
10. ملخص المقابلات.

1. منهج الدراسة و أدوات البحث:

لقد اتبعنا في هذه الدراسة المنهج العيادي معتمدين في ذلك على أدواته كدراسة الحالة، كما اعتمدنا على العمل بتقنية المقابلة التحفيزية، وتقنيات الواجب المنزلي والمراقبة الذاتية.

- **تعريف المنهج العيادي:** يكمن المنهج العيادي في الاستمرار لمدة طويلة، وبشكل معمق، في ملاحظة الأفراد المعنيين وهم يصارعون مشاكلهم. كما تتوجب معرفة ظروف حياتهم برمتها معرفة تامة ما أمكن، بحيث يتيسر تأويل كل حادث في ضوء جميع الوقائع الأخرى نظرا لأنها جميعها تشكل كلا ديناميا لا يمكن أن نبسطه أو نبتره، ذلك هو موقف المختص الممارس الذي يتوجب عليه أن يعالج أو أن يرشد، وهو دور تجدر الإشارة إلى عمقه ويناقض موقف رجل المختبر المنقطع عن عالم الواقع.
(د. عليزيغور. 1993. ص 114.)

- **تعريف دراسة الحالة:** تعتبر دراسة الحالة الطريقة أو التقنية في علم النفس العيادي، عندما تركز على الفرد فهي الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يتحصل عليها من الفرد، فهي تقنية تدور أساسا حول الكائن الأناني في تفرد، وهي الطريقة المفضلة لدى الإكلينيكي لفهم السببية المرضية. (خالد عبد الرازق النجار. 2008. ص 05.)

- **تعريف المقابلة التحفيزية:** حسب ميلر و رولنيك إنها أسلوب معين للمحادثة حول التغيير حيث يعبر العميل عن حجج للتغيير، بدلا من الطبيب

(R.Miller & Harkowitz, 2013)

و بمعنى آخر المقابلة التحفيزية هي أسلوب محادثة تعاوني لتقوية الدافع للشخص والتزامه بالتغيير .

(salès-wuillemin, 2007)

- **تعريف تقنية الواجب المنزلي:** تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية و لها دور خاص في زيادة فعالية العلاج، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ و يختم بها المعالج كل جلسة علاجية. و تساهم في تحديد درجة التعاون و الألفة القائمة بين المعالج و المريض. (حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي. 2013. ص 182.)

- **تعريف تقنية المراقبة الذاتية:** هنا يقوم المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقا من المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المريض، وهذه الفنية تسمح بخفض معدل تكرار السلوكيات الغير مرغوب فيها لدى المريض. (المحارب ناصر إبراهيم. 2000. ص 192.)

2. الحدود المكانية والزمانية و البشرية:

مكان التربص: لقد تم إجراء التربص في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب الأطفال الأستاذ الدكتور بوخروفة عبد القادر المتواجدة على الطريق العام المؤدي إلى بلدية المنزه (كنستال سابقا) في ولاية وهران. لقد تم تدشين هذا المستشفى سنة 1999 وهو لازال مفتوح إلى يومنا هذا حيث يعتبر من الركائز الأساسية المتخصصة في علاج الأطفال في كل الغرب الجزائري. و سنعرض بعض المعلومات الأساسية في الجداول الآتية:

المصالح الجراحية:

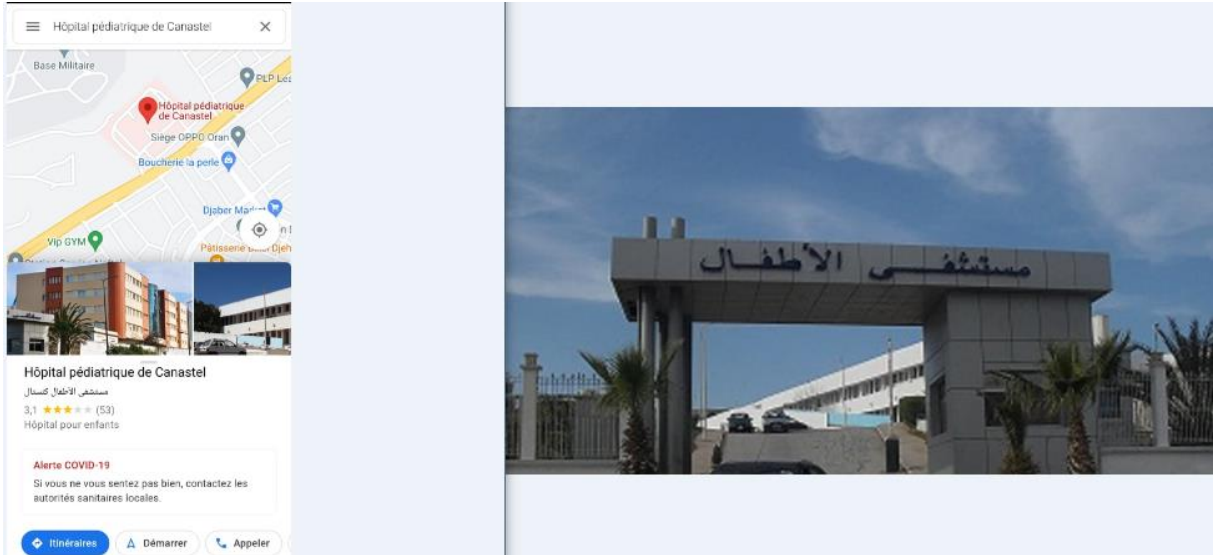
عدد الأسرة (السرير)	المصالحات
25	جراحة المسالك البولية
20	الجراحة التجبيرية
16	جراحة العيون
24	الجراحة الإستعجالية
85	المجموع

المصالح الطبية:

عدد الأسرة	المصالحات
20	مصلحة أمراض الدم
20	مصلحة أمراض وزراعة الكلى
20	مصلحة الأمراض الصدرية
20	مصلحة أمراض المعدة
20	مصلحة الأمراض المعدية

08	مصلحة الإنعاش
-	المصلحة المتخصصة بطب الأسنان
-	مصلحة التدريب الوظيفي
20	مصلحة الأمراض القلبية
12	مصلحة الحروق
140	المجموع

-جدول 04: يوضح المصالح الجراحية و الطبية لمستشفى كنستال-



-صورة 11: لمستشفى الأطفال مع تحديد الموقع-

لقد تم التربص في مصلحة الطب الفزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، أما بالنسبة للمقابلات فقد تم إجرائها في مكتب الأخصائي النفسي التابع للمصلحة.

زمن التربص: تم إجراء عدد الجلسات ب 08 جلسات بمعدل جلستين في الأسبوع يومي الأحد و الأربعاء بداية من تاريخ 02 ماي 2021 إلى غاية 26 ماي 2021 أي 04 أسابيع. أما بالنسبة للوقت فقد تراوحت المدة الزمنية للمقابلة حوالي 40 دقيقة.

العدد	تاريخ الجلسة	مدة الجلسة بالدقيقة
1	الأحد 02 ماي 2021	40 د
2	الأربعاء 05 ماي 2021	40 د
3	الأحد 09 ماي 2021	40 د
4	الأربعاء 12 ماي 2021	40 د
5	الأحد 16 ماي 2021	40 د
6	الأربعاء 19 ماي 2021	40 د
7	الأحد 23 ماي 2021	40 د
8	الأربعاء 26 ماي 2021	40 د

-جدول 5: يوضح عدد و تواريخ الجلسات-

الحدود البشرية: لقد اعتمدنا فيهذا البحثعلى أسرة لها طفل مشلول دماغيا.

3. جدول المقابلات:

رقم المقابلة	نوع المقابلة	وصف المقابلة	أهداف المقابلة
1	بناء العلاقة الإيجابية	- إقامة علاقة فاحص-مفحوص. - تعريف المفحوص بالعلاج النفسي وأخلاقيات المهنة. - تعريف المفحوص بالشلل الدماغي وضرورة إنجاز التمارين العلاجية.	- بناء العلاقة الإيجابية. - تحديد العقد العلاجي، وعدد الجلسات و الهدف منها. - جمع معلومات أولية عن الأسرة والطفل.

- قياس الدافعية للتغيير.	- قياس الدافعية للتغيير.		
- تحديد المشكل بدقة. - ملاحظة النسق العائلي. - تحديد جدول زمني للعلاج.	- المقابلة مع الأسرة بحضور كل الأفراد. - التاريخ المرضي و الشخصي. - واجب منزلي للمراقبة الذاتية.	تحديد الشكوى والمشكلة بدقة	2
- تحديد التمارين العلاجية تبعاً لكل تخصص. - وضع خطة نهائية لإنجاز التمارين العلاجية.	- مقابلة الأسرة مع أعضاء الطاقم الطبي. - تحليل الجدول الزمني. - وضع خطة علاجية.	مقابلة عملية	3
- تدعيم الدافعية للتغيير. - قياس الدافعية للتغيير. - التعرف على عدد ساعات إنجاز التمارين العلاجية.	- الدافعية للتغيير. - قياس الدافعية للتغيير. - واجب منزلي للمراقبة الذاتية.	الدافعية إلى التغيير	4
- تحفيز الأسرة على إنجاز التمارين العلاجية لزيادة فرص العلاج.	- تحفيز الأسرة. - تحليل الواجب المنزلي.	مقابلة تحفيزية	5
- تحفيز الأسرة على إنجاز التمارين العلاجية لزيادة فرص العلاج.	- تحفيز الأسرة.	مقابلة تحفيزية	6
- تحفيز الأسرة على إنجاز التمارين العلاجية لزيادة فرص العلاج.	- تحفيز الأسرة. - واجب المراقبة الذاتية.	مقابلة تحفيزية	7

8	مقابلة النهائية	- تحضير الأسرة على إنهاء الحصص العيادية.	- التحضير للنهاية للوقاية من الإنكاس.
		- تحليل الواجب المنزلي. - مقارنة النتائج. - قياس الدافعية للتغيير.	- مقارنة النتائج للتعرف على ضرورة إنجاز التمارين العلاجية في المنزل. - قياس الدافعية للتغيير.

-جدول 06: يوضح ملخص المقابلات-

4. العلاقة الإيجابية فاحص-مفحوص:

بدون بناء علاقة إيجابية فاحص-مفحوص لا يمكن أن تسير العملية العلاجية بطريقة صحيحة، ولهذا فقد خصصنا الجلسة الأولى لبناء العلاقة الإيجابية والتي دامت حوالي 40 دقيقة. بدأت الجلسة باستقبال الأسرة والترحيب بها لهدف ربح الثقة واكتساب المودة. ثم انتقلت إلى التعريف بنفسني والعلاج النفسي و أخلاقيات المهنة وما هو الهدف المنشود إن كان هناك تعاون بين الفاحص والمفحوص. ثم انتقلنا إلى التعريف بالشلل الدماغي وحاولت أن أقدم لهم مجموعة من المعلومات العلمية من تعريف، أنواع، أسباب، وعلاج، وفي الأخير تحدثنا عن ضرورة القيام بالتمارين العلاجية في المنزل وأهميتها في العملية العلاجية.

5. العقد العلاجي:

إذا ما تمت بناء علاقة إيجابية ناجحة بين الفاحص والمفحوص فمن السهل جدا تحديد العقد العلاجي، فقد تم تحديد هذا العقد في الجلسة الأولى أيضا وتم الاتفاق بين الطرفين على عدد الجلسات وقدر ب 08 جلسات بمعدل جلستين في الأسبوع لمدة أربع أسابيع، كما تم الاتفاق على مجموعة من الالتزامات و ضرورة الالتزام بها من الطرفين، ومن بين هذه الالتزامات ما يلي:

* احترام عدد الجلسات.

* الحضور في الوقت المحدد من طرف الأخصائي النفسي.

* سرية المعلومات كما هو منصوص عليها في قانون أخلاقيات المهنة.

6. قياس الدافعية للتغيير:

لقد تم قياس الدافعية للتغيير لمعرفة درجة الرغبة في التغيير بالنسبة للوالدين، كان القياس في المقابلة الأولى (1) والمقابلة الرابعة (4) والمقابلة الأخيرة (8) وكانت النتائج كالاتي:

القياس	الأول	الثاني	الثالث
الدرجة المحصل عليها	3	6	8

-جدول 07: يوضح درجات الدافعية للتغيير-

7. تقنية المراقبة الذاتية:

تقنية المراقبة الذاتية هي عبارة عن واجب منزلي للوالدين يكتب كل واحد منهما كم باستطاعته أن يمنح من الوقت لطفله المشلول دماغيا أثناء إنجاز التمارين العلاجية المنزلية، هذا التقنية خاصة بوقت إنجاز التمارين العلاجية فقط وليس الوقت الذي يمضيه الوالدين رفقة الطفل المشلول دماغيا، وتم استعمال هذه التقنية في المقابلة (2)، (4)، و(7)، وكانت النتائج كالاتي:

الأيام	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الوقت الأب	1	1	1	1	1	1	20د
الأم	20د	1	20د	1	20د	1	1

-جدول 08: يوضح تقنية المراقبة الذاتية (القياس الأول)-

في المقابلة الثانية قمنا بتقنية المراقبة الذاتية حيث طلبنا من الوالدين تدشين الوقت الذي يمنحاه للطفل المشلول دماغيا أثناء إنجازهما للتمارين العلاجية في جدول. نلاحظ أن أب الحالة أ.ن لا يخصص وقت لابنه لإنجاز التمارين العلاجية باستثناء يوم الجمعة أين يمنحه 20 دقيقة، في حين أن الأم تمنح ابنها 20 دقيقة كل من يوم السبت، الاثنين، والأربعاء. أين أن والدا الحالة أ.ن لا يخصصون وقت جيد لابنهما لممارسة التمارين العلاجية.

الأيام	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
--------	-------	-------	---------	----------	----------	--------	--------

الوقت	الأب	راحة	20د	راحة	20د	راحة	20د
	الأم	20د	راحة	20د	راحة	راحة	راحة

-جدول 09: يوضح تقنية المراقبة الذاتية (القياس الثاني)-

ثم العمل على الجدول الزمني مع الوالدين بعد القياس الأول، وتم تحديد 20 دقيقة للأب في ثلاث أيام وهي الأحد، الثلاثاء، والجمعة. أما بالنسبة للأم فتم تحديد ثلاث أيام هي الأخرى السبت، الإثنين، والأربعاء لمدة 20 دقيقة أيضا، حتى يتشاركان في إنجاز التمارين العلاجية. وهذا ما يوضحه الجدول السابق.

الأيام	السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الوقت	الأب	راحة	30د	راحة	30د	راحة	30د
	الأم	30د	راحة	30د	راحة	راحة	راحة

-جدول 10: يوضح تقنية المراقبة الذاتية (القياس الثالث)-

واصلنا العمل على الجدول الزمني مثل ما هو موضح في الجدول أعلاه حيث حددنا هذه المرة 30 دقيقة لثلاث أيام (الأحد، الثلاثاء، والجمعة) بالنسبة للأب، و 30 دقيقة أيضا للأم أيام (السبت، الإثنين، الأربعاء) حيث أصبح باستطاعة الوالدين العمل لمدة نصف ساعة مع الطفل المشلول دماغيا.

8. جدول التمارين العلاجية:

الوقت	مقدم التمرين	التمارين العلاجية
30 دقيقة	المعالج الطبيعي أو الفزيائي	- تمرين الضغط على العضلات المتشنجة وتحريكها لتقويتها و المساج. - تمرين حمل الأثقال للأطراف العلوية و السفلى.
30 دقيقة	المعالج المهني أو الوظيفي	- تمارين الكتابة والتلوين من خلال استعمال المساعدات. - تمارين فتح و غلق الأزرار، و ربطه الحذاء.

		- الأكل باستعمال الملعقة العلاجية، و إدخال الطفل بمفرده لبيت الخلاء لتحقيق الاستقلالية.
30 دقيقة	مختص في التقويم الحس-حركي	- تمارين المشي باستعمال المساعدات. - تمرين القفز والتوازن. - تمرين المرأة لتقبل صورة الذات.
حسب الحاجة	أخصائي الأعضاء الإصطناعية	- لبس أجهزة تقويم العظام الخاصة بالمشي أثناء المشي، و أجهزة تقويم العظام أو الجبائر الليلية أثناء النوم.
30 دقيقة	الأخصائي النفسي	- الألعاب التربوية وألعاب الذكاء. - جلسات أسرية و الحوار لتشجيع الطفل على الكلام و الثقة بالنفس.
30 دقيقة	أخصائي تصحيح النطق اللغوي	- القيام بتدليك عضلات الفم لعلاج مشكل سيلان اللعاب. - تمارين النفخ كإطفاء الشمعة. - تشجيع الطفل على رواية قصة لتحسين اللغة.

-جدول 11: يوضح التمارين العلاجية المقدمة من طرف الطاقم الطبي-

9. عرض حالة الطفل المشلول دماغيا:

معلومات عن الأسرة:

الأب: أ.ج (42 سنة) عامل يومي في مهنة البناء.

الأم: ب.ف (30 سنة) مأكثة بالبيت.

الزواج: يمكن أن نقول أن الزواج كان تقليديا حيث أن أ.ج لم يكن يعرف ب.ف من قبل لكن والدته هي من نصحته بهذه الفتاة حيث كانت تجمع العائلتين علاقة صداقة وتجاور منذ سنوات طويلة، لكن من يوم تعرف أ.ج على ب.ف ما سموه بالرؤية الشرعية أيام الخطوبة فأصبحت علاقة حب بينهما إلى أن تم

الزواج وكان عمر ب.ف لا يتجاوز 17 سنة أما أ.ج فكان عمره 29 سنة أي أن نسبة الفارق في العمر هي 12 سنة تقريبا.

الولادة الأولى: بعد حوالي شهرين قد حملت ب.ف ، وبعد سنة تقريبا من الزواج تمت عملية الولادة كانت ولادة طبيعية، لكن كانت عسيرة جدا ربما لصغر سن الأم أين كان عمرها 17 سنة، فكان من الصعب جدا إخراج الطفل من رحم الأم ولم يصل الأكسجين إلى الدماغ مما تطلب استئفاء الطفل مباشرة بعد ولادته لمدة 15 يوم في المستشفى الجامعي لولاية وهران.

وصف عام للطفل:

الحالة أ.ن (12 سنة) هو الأخ الأكبر لشقيقتين تصغره، الأولى (08 سنوات) وهي في السنة الثانية ابتدائي، أما الأخت الثانية فعمرها سنتين ونصف.

الهيئة العامة: الحالة أ.ن معتدل القامة و الوزن، نظيف، ملابسه متناسقة، و تسريحة شعر عصرية، تعتبر الأم هي المشرف على التكفل بابنها في ملابسه و نظافته.

الاتصال و اللغة: كان الاتصال مع الحالة أ.ن سهل جدا، حيث أبدى لنا مودته في الاتصال، وهو ودود جدا و يحب العمل مع كل المختصين (بشهادة كل الفريق الطبي) لكن الحالة أ.ن يعاني من اضطراب في النطق حيث يصعب عليه إخراج بعض الكلمات بلفظ سليم مما يتطلب بعض الجهد لفهمه، وهذا ما جعل الطبيب المتكفل به يحيله إلى أخصائي نفساني الذي بدوره أحاله إلى مختص في تصحيح النطق اللغوي و الشفوي للتكفل بحالته.

العاطفة و الوجدان: الحالة أ.ن ودود جدا، اجتماعي، محب للعلاقات ويعبر بالحب كثيرا للطاقم الطبي، كما أنه ينتظر بفارغ الصبر الحصص العلاجية و يحب التحفيزات كثيرا، فحين يقوم بإنجاز أي تمرين علاجي ويتم تحفيزه من طرف المختص فيصبح سعيدا جدا.

التاريخ المرضي للحالة:

- **التاريخ العائلي:** إن والدي الحالة أ.ن لا يعانيان من أي مرض، حتى الأختين الصغيرتين ليس لهما أي مرض وهما بصحة جيدة.

- **التاريخ الشخصي:** الحالة أ.ن عانى منذ الولادة حيث كانت ولادته عسيرة ولم يصل مستوى الأكسجين للدماغ ما جعله يبقى في المستشفى لمدة 15 يوم، كما تم فحصه عن طريق الرنين المغناطيسي للتخطيط الكهربائي للدماغ و كانت نتيجته تؤكد نوبات صرعية متكررة و بدأ بتلقي علاج مضادات الصرع. الحالة

أن كان يتم إستشفائه بين حين و آخر لعلاج الإمساك الحاد لكن تعافى حاليا من هذا المرض. كما يرتدي الحالة أن النظارات لنقص الرؤية الذي يعاني منه بعد ما تم تشخيصه من طرف مختص في طب العيون.

القدرات العقلية:

- **الذكاء:** ذكاء الحالة أن أقل من المتوسط (**تخلف عقلي بسيط**) أي أن العمر العقلي أقل مقارنة بالعمر الزمني حسب نتائج إختبار الذكاء (**إختبار المصفوفات المتتابعة الملون لرافن**) و الذي أجراه عليه المختص النفسي التابع للمصلحة أين تحصل الحالة أن على معدل **80** درجة وهي تعني المستوى الأقل من المتوسط.

- **اللغة:** الحالة أن يتكلم لكن ليس باستطاعته نطق كل الحروف بطريقة سليمة ما يصعب عليه نطق بعض الكلمات بطريقة صحيحة لهذا فهو يتطلب بعض الجهد لفهمه، كما أن المعجم اللغوي للحالة أن ناقص مقارنة بعمره الزمني نتيجة لمستوى ذكاءه المحدود، إذن الحالة أن يعاني من اضطراب في اللغة ما جعله يخضع لعلاج عند مختص في التصحيح اللغوي و الشفوي.

- **الفهم:** الحالة أن له فهم جيد، حيث أنه يفهم جيدا ما يطلب منه كإنجاز التمارين العلاجية مثلا. وهو مسجل في جمعية خيرية لأطفال الشلل الدماغي حيث يتلقى برنامجا تعليميا تربويا مكيف، ما جعله ينمي قدرات معرفية كمعرفة الألوان مثلا أو الحساب إلى **10**.

- **الوعي:** الحالة أن واعي، لا يعاني من سرحان أو شرود ذهني، باستثناء النوبات الصرعية فهذا حتما يفقده وعيه، لكن من النادر جدا أن يعاني من نوبات صرع في النهار فتقريبا كل النوبات في الليل أثناء النوم.

- **الإدراك:** الحالة أن له إدراك جيد ولا توجد الهلوس، لكن بالنسبة للإدراك الزمكاني فهو مختل قليلا حيث أن الحالة أن لا يدرك جيدا الأيام أو الفضاء مما يشكل له مشكل في التوازن و ضبط جسمه في الفضاء.

النمو الحس-حركي: النمو الحركي للحالة أن كان بطيئا جدا فالحبو كان في سن الثلاث سنوات، أما المشي فقد مشى الحالة أن في سن **06** سنوات لكن عن طريق المساعدات، و مشكلته الآن في التوازن إذ لا يمكن للحالة أن أن يبقى في حالة وقوف دون أن يمسك بشيء (العمر الحالي **12** سنة).

الإستقلالية: الحالة أن قد طور نوع من الاستقلالية كالأكل مثلا أو شرب الماء، لكن لازال الحالة أن معتمد على الأم في عدة نواحي كالملبس و الدخول إلى الحمام وربطة الحذاء وهو لا زال يعمل على هذه التمارين مع المعالج المهني.

الوظائف البيولوجية:

- **الأكل:** الحالة أن لا يعاني من أي اضطراب في الأكل.

- **النوم:** الحالة أن ليس له أي اضطراب في النوم. باستثناء النوبات الصرعية، فأتثناء النوبة قد تسبب له حالة الكلام أثناء النوم.

- **وظائف الإخراج:** الحالة أن لا يعاني لا من تبول لإرادي، ولا تبرز لا إرادي، فهو يقول للأم أريد الدخول للحمام فتساعده لقضاء حاجاته.

التشخيص: لحظة الميلاد حين عسرت عملية الولادة ولم يصل مستوى الأكسجين إلى الدماغ قد أدرك طبيب الأطفال أن الطفل سيعاني من شلل دماغي، كما أن الطفل أجرى فحص الرنين المغناطيسي و تبين أنه يعاني من نوبات صرع متكررة، تم تشخيص حالة الطفل بالشلل الدماغي الكنعي تقريبا في السنة الثانية من عمره حين لم يطور الجانب الحس-حركي و بعد خضوعه لبعض الفحوصات الطبية.

الإضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي:

-نوبات الصرع المتكررة وهو خاضع للعلاج بمضادات الصرع: الديباكين، الكلونازيبام.

- نقص في الرؤية.

- تخلف عقلي بسيط.

- اضطراب في النطق واللغة.

الوقت الراهن: لقد تم تشخيص الحالة أنبالشلل الدماغي الكنعي في السنة الثانية بعد ولادته مما جعله يلتحق بمصلحة التدريب الوظيفي لتلقي العلاج الخاص بالشلل الدماغي. عمر الحالة أن الحالي هو 12 سنة أي أنه يتلقى العلاج منذ حوالي 10 سنوات. العلاج المتعدد الخدمات قد أثمر كثيرا فالحالة أن هو الآن باستطاعته المشي و الأكل و التحكم في وظائفه الإخراجية. فقد طور استقلالية تجعله يقوم بالكثير من الأعمال بدون والديه وهذا راجع للاستمرار في العلاج و الدور الذي لعبته الجمعية المتخصصة في التكفل بأطفال الشلل الدماغي. لكن الحالة أن لازال ينتظره الكثير من العمل فيما يخص التوازن و

الكتابة وبعض الحركات الدقيقة التي من المفترض أن يكون قد حققها طبقا للبروتوكول العلاجي الذي تلقاه من طرف مصلحة التدريب الوظيفي وجمعية أطفال الشلل الدماغي في وقت واحد، لكن للأسف الشديد فالوالدين لا يقومان بالتمارين العلاجية التي يطلبها الفريق الطبي وهذا ما دفعنا للعمل مع هذه الحالة بعد الدراسة الاستطلاعية.

10. ملخص المقابلات:

المقابلة (1): بتاريخ 02 ماي 2021 دامت حوالي 40 دقيقة. هي مقابلة مبدئية كان الهدف منها بناء العلاقة الايجابية مع الأسرة وتحديد العقد العلاجي وجمع معلومات عن الطفل المشلول دماغيا. كما تم التعريف بمهنة الأخصائي النفسي ومهامه وأخلاقيات المهنة، وتم تحديد الهدف العلاجي من هذه الجلسات.

ملاحظة: تم قياس الدافعية للتغيير في أول جلسة لمعرفة درجة الدافعية التي كانت تبدو ضعيفة جدا من خلال حديث الوالدين.

المقابلة (2): بتاريخ 05 ماي 2021 دامت حوالي 40 دقيقة. هي مقابلة لتحديد المشكل، حيث تركنا المجال للأسرة كاملة لتعبر عن الأسباب التي تجعلها لا تلتزم بالعلاج، كان الهدف من هذه الجلسة تحديد المشكل بدقة، وتحديد الأسباب التي تمنع الوالدين من الالتزام بالعلاج وإيجاد حلول لها، وملاحظة النسق العائلي بحضور كل أفراد الأسرة. وتم تقديم واجب منزلي للأسرة وهو المراقبة الذاتية للوقت الذي يمكن أن يخصصه الوالدين لإنجاز التمارين العلاجية في المنزل.

ملاحظة: من خلال جلستنا مع الأسرة لاحظنا إلقاء اللوم على الفريق الطبي بكثرة والهروب من المسؤولية من طرف الوالدين. ما جعلنا نخصص مقابلة للعمل على العلاقة والدين الطاقم طبي.

المقابلة (3): بتاريخ 09 ماي 2021 دامت حوالي 40 دقيقة. كانت مقابلة عملية حيث تم مقابلة الوالدين مع أعضاء الطاقم الطبي وتم الحديث عن التمارين العلاجية لكل تخصص، كما تم تحديد جدول زمني يشترك فيه كل من الأب والأم بقيامهم للتمارين العلاجية. مثل ما هو مبين في جدول التمارين العلاجية. الهدف من هذه الجلسة كان العمل على العلاقة والدين الطاقم طبي.

ملاحظة: بعد هذه الملاحظة لاحظنا أن كل من الأسرة والطفل والفريق الطبي كانوا سعداء بعد إصلاح العلاقة، وهذا ما سيحسن حالة الطفل النفسية والجسدية.

المقابلة (4): بتاريخ 12 ماي 2021 دامت حوالي 40 دقيقة. هذه المقابلة هي مقابلة الدافعية للتغيير حيث تعتبر الخطوة التي تسبق المقابلات التحفيزية أين يتم تحديد الوضعية التي يوجد فيها المفحوص (الأسرة) لغرض الدخول لمرحلة التحفيز. كما تم قياس الدافعية للتغيير وتم الحديث عن العلامة المحصل عليها ومقارنتها بالعلامة الأولى، كما تم مناقشة جدول التمارين العلاجية.

ملاحظة: في هذه المقابلة كان من الواضح جدا تغير الدافعية والرغبة نحو التغيير حيث أنجزا الوالدين ما طلب منهما بالرغم من أن الوقت كان قليلا، كما لاحظنا أن الطاقم الطبي كان سعيدا بإنجاز الوالدين للتمارين العلاجية، إذن الوالدين أصبحا جاهزين لمقابلات التحفيز ولرفع الوقت ل 30 دقيقة لإنجاز التمارين العلاجية.

المقابلة (5) (6) (7): بتاريخ 16، 19، 23 ماي 2021 دامت كل مقابلة حوالي 40 دقيقة. كانت الجلسات الثلاث عبارة عن مقابلات تحفيزية لغرض منها علاجي وتحفيز الأسرة على إنجاز التمارين العلاجية لوقت أطول من الوقت الأول، كانت المقابلة تبدأ بسؤال مفتوح عن الفوائد التي يمكن تحقيقها إذا ما تم إنجاز التمارين العلاجية، ونترك الأسرة تعبر، ثم نقوم بإعادة صياغة ما يقولون وتلخيصه مع إضافة بعض المعلومات العلمية لغرض الاستماع التأملية، ما يجعل الأسرة تتحفز على تغيير سلوكها.

ملاحظة: بين كل مقابلة وأخرى لاحظنا كيف كانت تتغير الرغبة والدافعية للتغيير نحو الأفضل مع زيادة الوقت لإنجاز التمارين العلاجية. وهذا ما جعل الطفل يرتاح نفسيا وبالتالي أصبحت لديه الرغبة لإنجاز بعض التمارين الصعبة جدا بالنسبة له كالكتابة مع المعالج المهني.

المقابلة (8): بتاريخ 26 ماي 2021 دامت حوالي 40 دقيقة. هي مقابلة نهائية لتحضير الأسرة على الانتهاء من هذه الجلسات، كما تم الحديث عن الانتكاسة وتم تحديد موعد للمتابعة من طرف الأخصائي النفسي التابع للمصلحة.

ملاحظة: من الواضح جدا الفرق الشاسع بين أول وآخر مقابلة مع الأسرة حيث تغيرت كثيرا، ما جعل حالة الطفل تتحسن كثيرا بشهادة كل من الطاقم الطبي والوالدين.

من خلال دراسة الحالة وبتابع أدواتها المقابلات والملاحظات العيادية مع الوالدين والتي دامت مدة أربع أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع تم التعرف على مجموعة من الأسباب التي تمثل عائق بالنسبة للوالدين يعيق سيرورة العملية العلاجية، سواء إنجاز التمارين العلاجية المنزلية أو الحضور للحصص العلاجية، ونذكر من الأسباب مايلي:

الأسباب

- 1- عدم معرفة الوالدين بالحقيقة العلمية للشلل الدماغي.
- 2- عدم مساعدة الأب للأم في التكفل بالطفل المشلول دماغيا.
- 3- عدم تقبل حقيقة المرض التي تتطلب جهد من الأسرة وهروب من المسؤوليات.
- 4- مقارنة الطفل بأطفال عاديين في مثل سنه أو أصغر منه.
- 5- اضطراب العلاقة والدين\طاقم طبي.
- 6- خوف وقلق على مستقبل الطفل المشلول.
- 7- سن الأم: كانت صغيرة جدا حين أنجبت الطفل المشلول دماغيا وكان صعبا عليها التكفل به.
- 8- الحماية المفرطة من الأم.
- 9- المستوى الدراسي المتدني للوالدين، مما يجعلهم يلجئون لبعض العلاجات الزائفة.
- 10- الدخل المادي المحدود للأب حيث لا يستطيع شراء بعض المساعدات التقويمية.

-جدول 12: يوضح أسباب عدم التزام الوالدين بالعلاج-

هذا الجدول يوضح بعض الأسباب التي تكون عائقا يمنع من سيرورة العملية العلاجية بشكل أحسن سواء إهمال الوالدين وعدم إنجازهما للتمارين العلاجية أو الغياب وعدم الحضور للحصص العلاجية بدون مبرر أو سبب مقنع، لهذا حاولنا اقتراح حلول بالنسبة لكل سبب.

الحلول المقترحة:

- 1-** عدم معرفة الوالدين بالحقيقة العلمية للشلل الدماغي: هذا ما جعلنا نقدم معلومات علمية عن الشلل الدماغي، وخاصة مفهوم العلاج حيث لا يوجد علاج بالمعنى الحقيقي لهذه الكلمة وهذا ما يجعل الطفل يتطلب علاج تأهيلي في المستشفى و المنزل أو ما يعرف بالعلاج المكثف حتى تكون فرص للعلاج.
- 2-** عدم مساعدة الأب للأُم في التكفل بحالة الطفل: تم الحديث عن هذه المشكلة بحضور الوالدين وتم التخطيط لبرنامج زمني يجعل كل من الوالدين يتقاسمان المهام العلاجية، ويتشاركان في التكفل بالطفل.
- 3-** عدم تقبل حقيقة المرض التي يتطلب جهد، والهروب من المسؤوليات: تم دراسة هذا المشكل أيضا الذي يعتبر في الأصل نتيجة المشكل الأول، لأن عدم معرفة معلومات حقيقية عن الشلل الدماغى أدت إلى هذا المشكل، لكن بعض الحديث عن الشلل الدماغى وشرحه وما يتطلب من الآباء ناحية أطفالهم، تم التخطيط لجدول زمني الذي تحدثنا عنه في السبب الثاني ليساعد في العملية العلاجية ويجعل الوالدين يدركون لمسؤوليتهم وعدم انتظار العلاج من الفريق الطبي وحده.
- 4-** مقارنة الطفل بأطفال آخرين: من الأخطاء الشائعة التي يقع فيها غالبية الآباء هي مقارنة الطفل، وتم الحديث عن عواقب هذه المقارنة التي تحبط و تقلل من معنويات الطفل، كما تحبط الوالدين أيضا، وتم تعليمهم تقنيات التشجيع والتحفيز لجعل الطفل يتقبل ذاته وحتى الوالدين يتقبلون طفلهم.
- 5-** اضطراب العلاقة والدين اطاقم طبي: تم العمل على هذه المشكلة أيضا من خلال جلسات عملية حيث يجلس الوالدين رفقة المعالج المتخصص ويتم الحديث عن الأهداف التي يمكن تحقيقها مع الطفل.
- 6-** خوف وقلق على مستقبل الطفل: التخطيط لأهداف التي يمكن تحقيقها والانتقال لأهداف أخرى والسير خطوة-خطوة مع الطفل دون تخويله أو إقلاقه.
- 7-** سن الأم: بالنسبة للأم كانت صغيرة جدا حين أنجبت الطفل الأول وعمرها لا يتجاوز 17 سنة فكان من الصعب جدا أن تتكفل بطفلها خاصة أنه أول طفل من جهة، ومن جهة أخرى مشلول دماغيا، لكن بعد التخطيط لجدول زمني يتشارك فيه كل من الأب والأم سيخفف هذا عن معاناة الأم.
- 8-** الحماية المفرطة من الأم: إن الحماية المفرطة من الأم هي من العراقيل التي تؤثر في استقلالية الطفل حيث لا تعطيه الفرصة ليتعلم أن يعتني بنفسه محاولة بذلك أن تقوم بكل شيء تقريبا أثناء تكفلها بالطفل المشلول دماغيا. وهذا ما جعلنا نؤكد بعض التمارين العلاجية التي تخدم استقلالية الطفل.

9- المستوى الدراسي المتدني للوالدين: وهذا ما يجعلهم يصدقون بعض العلاجات الزائفة كالعلاج بالنحل أو العسل الحر أو الأعشاب، كما أنهم يكونون أفكار خاطئة عن الفريق الطبي كالاعراض على عدم شفاء الطفل لعدم معرفتهم بعدم شفاء الشلل الدماغي والذي يتطلب تأهيل كما سبق وقلنا.

10- الجانب المادي: قد يسبب هذا الجانب في عرقلة العملية العلاجية، حين لا يتم شراء بعض المستلزمات التي يطلبها الطاقم الطبي، وتم الحديث عن هذه المشكلة واقترحنا على الوالدين بعض الحلول كادخار المال من خلال وضع صندوق خاص بالطفل المشلول دماغيا، أو اللجوء لبعض الجمعيات الخيرية إن تطلب الأمر مبلغ مالي أكبر من طاقة الأب.

الفصل السابع: تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

1. مناقشة قياس الدافعية للتغيير.

2. مناقشة تقنية المراقبة الذاتية.

3. مناقشة الفرضية.

4. خاتمة.

5. التوصيات.

6. الإقتراحات.

7. المراجع والملاحق.

1. مناقشة الدافعية للتغيير:

في المقابلة الأولى وفي التطبيق الأول تحصلنا على علامة 3 والتي تشير إلى تدني الدافعية للتغيير عند الأسرة.

في القياس الثاني والذي كان في المقابلة رقم (4) حصلت الأسرة على علامة 6 أي أن العلامة ارتفعت بثلاث درجات وهذا مؤشر جيد يسير نحو الهدف المخطط له.

في القياس الثالث الذي كان في المقابلة الأخيرة ارتفعت العلامة إلى 8 درجات وهذا مؤشر جيد يؤكد إرادة الأسرة نحو التغيير.

من خلال تطبيق مقياس الذي يقيس الدافعية للأسرة نحو التغيير وخلال تطبيقه ثلاث مرات في المقابلة الأولى و المقابلة الوسطى و المقابلة الأخيرة، فنلاحظ بشكل واضح ارتفاع العلامة من تطبيق إلى آخر حيث ارتفعت بثلاث درجات في التطبيق الثاني، ثم ارتفعت بدرجتين في التطبيق الثالث والأخير، وهذا مؤشر جيد يوضح كيف ساعدت مقابلات التحفيز على تحفيز الوالدين لتغيير سلوكهم بعدما كانوا لا يلتزمون بنصائح الفريق الطبي ولا يطبقون التمارين العلاجية. حيث تعتبر العلامة 8 المحصل عليها في التطبيق الثالث والأخير علامة جيدة تبين مدى تأثير المقابلات التحفيزية والوصول إلى الهدف المنشود وهو تحفيز الوالدين على ضرورة إنجاز التمارين العلاجية المنزلية. لتحسن حالة الطفل أبن النفسية والجسمية، والتخطيط لأهداف في المستقبل مثل الكتابة والتعليم.

2. مناقشة تقنية المراقبة الذاتية:

القياس الأول كان عبارة عن واجب منزلي للوالدين أين يقومون بتدوين الوقت الذي يمنحاه لطفلهما أثناء إنجاز التمارين العلاجية المنزلية، حتى تتسنى لنا معرفة كم من الوقت يمنحاه الوالدين للطفل المشلول دماغياً.

أما بالنسبة للتطبيق الثاني والثالث فكان عبارة عن جدول زمني تم اقتراحه من طرف الفاحص مع حضور الأسرة، فتم الاتفاق عليه مع تحديد ثلاث أيام بالنسبة للأب وثلاثة أيام بالنسبة للأم حتى يتشاركان في إنجاز التمارين العلاجية مع ارتفاع النسبة الزمنية من التطبيق الثاني إلى التطبيق الثالث. أما بالنسبة للأيام التي لا يقومون فيها بإنجاز التمارين العلاجية سواء بالنسبة للأب أو الأم فقد كتبنا في الخانة (راحة) حتى تعطي نوع من الأرياحية للوالدين.

من الواضح جدا أن المقابلات التحفيزية كان لها دور بارز في تغيير سلوك الوالدين حيث أصبح باستطاعة كل واحد منهما أن ينجز التمارين العلاجية لمدة 30 دقيقة في ثلاث أيام، كما تم تقسيم أيام الأسبوع على الوالدين أين يتم إنجاز التمارين العلاجية بصفة منتظمة مع أوقات راحة لكليهما وللطفل المشلول دماغيا أيضا، وكان لهذا العمل تأثير واضح جدا على تحسين حالة الطفل النفسية والجسدية بشهادة الطاقم الطبي والوالدين.

3. مناقشة الفرضية:

من خلال إشكالية الدراسة التالية:

هل للمقابلة التحفيزية أثر على تحفيز والدي الطفل المشلول دماغيا لإنجاز التمارين العلاجية التي يوصي بها الطاقم الطبي؟

وانطلاقا من فرضية إمكانية تأثير المقابلة التحفيزية على تحفيز والدي الطفل المشلول دماغيا لإنجاز التمارين العلاجية التي يوصي بها الطاقم الطبي، ومن خلال إتباع المنهج العيادي وتطبيق دراسة الحالة ومجموعة من التقنيات العلاجية المتمثلة في المقابلة التحفيزية، وبعض التقنيات الأخرى المتمثلة في تقنية الواجب المنزلي، وتقنية المراقبة الذاتية، وقياس الدافعية للتغيير طُبقت على أسرة لها طفل مشلول دماغيا وتعاني من مشكل عدم الالتزام بالعلاج، أي أنهم لا يقومون بإنجاز التمارين العلاجية المنزلية التي يقدمها الطاقم الطبي. وخلال فترة الدراسة تم قياس الدافعية للتغيير لغرض تنمية الرغبة والدافعية للتغيير.

التذكير بنص الفرضية:

للمقابلة التحفيزية أثر على تحفيز أسرة الطفل المشلول دماغيا لإنجاز التمارين العلاجية التي يوصي بها الطاقم الطبي.

أوضحت نتائج الدراسة مدى نجاعة المقابلة التحفيزية وتأثيرها على الوالدين وتحفيزهم لتغيير سلوكهما وإنجاز التمارين العلاجية المنزلية التي يوصي بها الطاقم الطبي.

حيث أظهرت نتائج قياس الدافعية للتغيير بالنسبة للأسرة نتائج واضحة جدا. فما بين القياس الأول والثاني والثالث فرق يقدر ب 5 درجات، ما يبين مدى تأثير المقابلات التحفيزية على تنمية الرغبة والدافعية نحو التغيير على الأسرة، وبالتالي تغير سلوك الوالدين نحو إنجاز التمارين العلاجية المنزلية التي يقدمها الطاقم الطبي، بعدما كان فيه تهاون من طرف الوالدين.

أما نتائج المراقبة الذاتية فقد أظهرت هي الأخرى نتائج إيجابية تبين أيضا مدى نجاعة المقابلات التحفيزية على تغيير سلوك الأسرة، حيث أصبحت الأسرة تنجز التمارين العلاجية يوميا لمدة 30 دقيقة يتشارك في إنجاز هذه التمارين كل من الأب والأم، رفقة الطفل المشلول دماغيا.

وكخلاصة، فقد دلت كل نتائج هذه الدراسة على مدى نجاعة المقابلات التحفيزية ودورها في التأثير على تغيير السلوك المراد تغييره، وهذا ما يبين صحة الفرضية التي نصت عليها هذه الدراسة وهي مدى تأثير المقابلة التحفيزية على تحفيز والدي الطفل المشلول دماغيا لإنجاز التمارين العلاجية التي يقدمها الطاقم الطبي، وهذا ما بينته الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها في الإشكالية.

الخاتمة:

يجب أن توجه كل أسرة لديها طفلا مشلول دماغيا إلى أخصائي نفسي عيادي، حتى يتم التكفل بها عن طريق التأهيل النفسي، ويتم إرشادها بأهمية وبضرورة دورها ومساهمتها في العملية العلاجية. لأن الطفل المشلول دماغيا يحتاج إلى علاج مكثف متعدد التخصصات على حسب درجة الشلل الدماغي ونوعه طبعا، لكن ما يقدمه الطاقم الطبي بتنوع تخصصاته لا يمكن أن يكون كافيا لوحده في علاج الشلل الدماغي. مما يتوجب على كل أسرة أن تسمع لنصائح الفريق الطبي وتنجز التمارين العلاجية المنزلية بصفة منتظمة ومستمرة كون أن الطفل يمضي معظم وقته رفقة أسرته، وتساعد طفلها وتتقبله، وتشجعه على كل تقدم يحرزه حتى وإن كان بسيطا، لينمو طفلا عاديا لا يعاني من أي نقص أو خلل نفسي، متقبلا لذاته ولمرضه، فإن تقبل الطفل المريض لذاته يصنعه الأولياء بتقبلهم له.

التوصيات:

1- الاعتماد على المقابلة التحفيزية للأشخاص الذين لا يلتزمون بالعلاج.

2- التأهيل النفسي لكل أسرة لديها طفل مشلول دماغيا.

3- إدماج أطفال الشلل الدماغي في جمعيات أو مراكز خاصة.

الاقتراحات:

1- إجراء دراسة ميدانية على كل المراكز التي تتكفل بالشلل الدماغي لمعرفة الأسباب التي تجعل الأولياء يهملون التمارين العلاجية.

2- بناء برنامج علاجي خاص بأسر أطفال الشلل الدماغي.

3- القيام بحملات تحسيسية عن الشلل الدماغي.

قائمة

المراجع:

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- 01** د. أحمد محمد مبارك الكندري. (1996)، علم النفس الأسري. مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع. الكويت.
- 02** ألين جيرالز. تر: بيداء علي العبيدي. (الطبعة 1 2002). الأطفال المصابون بالشلل الدماغي دليل الآباء. غزة: دار الكتاب الجامعي.
- 03** المحارب ناصر إبراهيم. (2000)، المرشد في العلاج السلوكي. دار الزهراء. الرياض -المملكة العربية السعودية.
- 04** إحسان محمد الحسن. (1983)، البناء الإجتماعي و الطبقيّة. دار الطبعة. بيروت. لبنان.
- 05** أ.د. إيهاب عبد العزيز الببلاوي، لمياء جميل البدوي. (2014)، الإرشاد في التربية الخاصة لذوي الإعاقات و الموهوبين. دار الزهراء للنشر والتوزيع. الرياض -المملكة العربية السعودية.
- 06** حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي. (2013)، فعالية العلاج المعرفي السلوكي. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر. الإسكندرية. طبعة 1.
- 07** حياة عباد روفائيل، صفاء الدين الخربوطي. (1991)، اللياقة القوامية و التدليك الرياضي. مركز دلتا للطباعة. الإسكندرية -مصر.
- 08** خالد عبد الرازق النجار. (2008)، دراسة حالة. جمعية البرية بالإحساء. مركز التنمية الأسرية. المملكة العربية السعودية.
- 09** سام مادوكس. (الطبعة 4 2017). دليل مصادر الشلل. الولايات المتحدة الأمريكية: مؤسسة كريستوفر و دانا ريف.
- 10** سميرة خليل محمد. (1990)، الرياضة العلاجية. مطابع دار الحكمة. بغداد -العراق.
- 11** سيد رمضان. (1999)، إسهامات الخدمة الإجتماعية في مجالات الأسرة و السكان. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية. مصر.

- 12** طارق كمال. (2005)، الأسرة و مشاكل الحياة العائلية. مؤسسة شباب الجامعة. الإسكندرية. مصر.
- 13** عاطف غيث. (1967)، علم اجتماع النظم. دار المعارف. بيروت. لبنان. ج2.
- 14** عبد القادر القصير. (1999)، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية. دراسة ميدانية في علم الاجتماع الحضري و الأسري. دار النهضة العربية للطباعة و النشر. بيروت. لبنان.
- 15** عبد المجيد سيد منصور، زكرياء أحمد الشريبي. (2000). الأسرة على مشارف القرن 21. دار الفكر العربي. القاهرة.
- 16** د. عصام حمدي الصفدي. (2007)، الإعاقة الحركية و الشلل الدماغي. دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع. عمان. الأردن.
- 17** د.علي زيعور. (1993)، علم النفس في ميادين و طرائقه. مؤسسة عز الدين للطباعة و النشر. بيروت -لبنان-
- 18** د.عوني هناندة، و سهام الخفش. (الطبعة 1 2005). دليل الاباء و الامهات للتعامل مع الشلل الدماغي . عمان: دار يافا العلمية للطباعة و النشر و التوزيع.
- 19** لؤي الأيوب. (2007). دليل الإعاقة الدليل التوجيهي للتعامل مع الأشخاص ذويالإعاقة. لبنان: وزارة الشؤون الإجتماعية.
- 20** محمد عبد السلام البواليز. (ط1. 2000)، الإعاقة الحركية و الشلل الدماغي. دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع. عمان الأردن.
- 21** محمد فوزي يوسف. (2001)، متلازمة الشلل الدماغي. مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية. الإمارات العربية المتحدة.
- 22** مختار سالم. (الطبعة1. 1987)، إصابات الملاعب. دار المريخ للنشر و التوزيع. الرياض - المملكة العربية السعودية-
- 23** ناصر سعيد. (1978)، التمارين العلاجية. المطبعة الجامعية. بغداد -العراق-

24) وليام ميلر، ستيفن رولنيك. تر: صابر أحمد عبد الموجود. (الطبعة 1. 2012)، مقابلة الدافعية. المركز القومي للترجمة. القاهرة.

المراجع باللغة الفرنسية:

- 25)** Alicia Wuthrich. (2016), La Psychomotricité en 1-2 H. Haute Ecole Pédagogique. Bejune.
- 26)** Benoit Saugeron. (2018), La Motivation Pour Rentrer Dans La Démarche De Sevrage. CRES. Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- 27)** Guisset Marc-Eric. (2018), Ergothérapie. Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes. Belgique.
- 28)** Jean Cottraux.(2001), Les psychothérapies comportementales et cognitives. Elsevier masson . 5eme édition .
- 29)** Jean Michel Piquet. (2019), Manuel Pratique D'Entretien Motivationnel. Inter Editions. Dunod Éditeur.
- 30)** Judith Matharan, Julie Micheau, Elsa Rigal. (2009), Le Métier De Masseur-Kinésithérapeute. ONDPS. France.
- 31)** Lucia Romo. (2015), Entretien Motivationnel. AFTCC.
- 32)** Margot Phaneuf. (2006), L'Entretien Motivationnel. PH.D. Août 2006.
- 33)** Marion Bory. (2003), Sémiologie Psychomotrice de L'Enfant. Pierre & Marie Curie.
- 34)** Marlène Tanoh. (2017), Du collectif vers L'individu. Université de Poitiers. France.

35)R.Miller, Harkowitz.H. (2013), L'entretien Motivationnel en santé mental. États-Unis : 2 èmedition. The guilfordpress.

36) Salés-Wuillemine. E. (2007), Les entretiens professionnels théorie et applications. France : hal archives-ouvertes.fr.

37) PR Soumaya Lemai. (2016), les Appareillages Orthopediques. Les cours de médecine, module d'orthopédie traumatologie. Faculté de médecine Constantine.

38) Sylvie Meyer. (1990), Le Processus de L'Ergothérapie. Éditions EESP. Lausanne. Suisse.

مذكرات:

(39) عروش عبد الرحمان الحسين، خطاب عمر. (2016)، استخدام النشاط البدني الرياضي كعلاج تكميلي لإعادة تأهيل المرفق. مذكرة لنيل شهادة الماستر. جامعة عبد الحميد بن باديس. مستغانم.

Dictionnaire :

40)(Larousse Médical)

المراجع الإلكترونية:

(41) صفحة الأوراس نيوز الرسمية.

42)study rama (2012).

الملاحق:

قياس الدافعية للتغير:

لقد تم قياس الدافعية للتغيير لمعرفة درجة الرغبة في التغيير بالنسبة للوالدين من خلال استخدام مقياس متدرج من 0 إلى 10، حيث يطلب من الوالدين وضع دائرة على العلامة التي تمثلها، من خلال التعليمات التالية:

كم تقيم الدافعية التي تملكها إلى تغيير السلوك الذي نحن بصدد الحديث عنه.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
دافعية للتغيير قوية					دافعية للتغيير ضعيفة					

- مقياس لدرجة الدافعية للتغيير -

تقنية المراقبة الذاتية:

لقد سبق أن عرفنا هذه التقنية و تم العمل بها ضمن خططنا العلاجية، حيث طلب من الوالدين أن يقوموا بتدوين الوقت الذي يمكن أن يمنحاه لطفلهما المشغول دماغيا للقيام بالتمارين العلاجية التي يقدمها الطاقم الطبي من خلال تدوين الوقت في جدول يومي.

الأيام	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الوقت	الأب						
الأم							

-جدول المراقبة الذاتية-