الإعاقة والخدمات ذات العلاقة

التدخل النفس ـ حركي مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي

د. خالد عبد الحميد عثمان
أستاذ التربية الخاصة المساعد
كلية المعلمين ـ جده
جامعة الملك عبد العزيز

20-18 مارس
2008

تعريف الشلل الدماغي:

"هو إصابة الدماغ في وقت تكون فيه القشرة الدماغية المسئولة عن الحركة غير مكتملة النمو وتحدث هذه الإصابة إما داخل الرحم أو خلال السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل".

* اضطراب في الحركة وعدم استقامة في الجسم نتيجة لإصابة الدماغ غير المكتمل بعيب

*وصف غير محدد لعجز الحركة يبدأ عند الولادة أو في الشهور الأولى من الحياة وسببه عطل في الدماغ ليس عارضًا بل عطل نهائي يعبر عن نفسه على امتداد مراحل النمو بقصور ذهني وحركي كما أنه ليس معديًا أو وراثيًا أو متزايد المضاعفات أو سبب للموت المباشر.

اضطرابات حسية مصاحبة للشلل الدماغي:

1 ــ اضطرابات كلامية ولغوية

تقدر نسبة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية بحوالي50% وتندرج هذه الاضطرابات ضمن الأشكال التالية:

أ – الحبسة الكلامية: ناتجة عن تلف مناطق الكلام في الدماغ ويصبح فيها الطفل غير قادر على الكلام أو اكتساب أو استخدام اللغة.

ب عسر الكلام: ناتج عن عدم القدرة على ضبط الحركات اللفظية للسان والشفاه

ت –العيوب الكلامية: ويمكن تصنيفها كما يلي:

- الحبسة التقليدية: بطء في حركة اللسان والشفاة مع ثبات حدة الكلام
- الحبسة الرخوة: ضعف وارتخاء وضمور حركات النطق
- الحبسة الترنحية: عدم دقة الحركة
- الحبسة المختلطة: رنين أنفي نتيجة خلل في حركة الصمام البلعومي

2 ــ الإعاقة البصرية:

يعاني ما يقارب 7 % من حالات الشلل الدماغي من ضعف بصري شديد ومشكلات مرتبطة بالإدراك البصري-الحركي

3 ــ الإعاقة السمعية:

يعاني 10 % من أطفال الشلل الدماغي من فقدان أو صعوبات في السمع

أسباب حدوث الشلل الدماغي

1 ــ عوامل ما قبل الولادة:

- إصابة الأم بالحصبة الألمانية

- نقص الأكسجين الواصل إلى الجنين
- عدم توافق دم الأم (– RH) مع دم الأب (+ RH)
- تشوهات الحوض أو صغر حجم الحوض
- ارتفاع ضغط الدم
- تسمم الحمل
- ضعف المرأة الحامل وعدم اكتمال أو كفاية وظائف الأعضاء لديها
- وضعية الجنين داخل الرحم
- الأجواء الملوثة
- إصابة الأم بالسكري
- نقص التغذية أثناء الحمل
- تدخين الأم
- الولادة المبكرة

2 ــ عوامل أثناء الولادة:

- نقص الأكسجين الواصل للطفل
- نقص كمية الماء في الجسم
- الجلطات الدموية
- الالتهابات الفيروسية
- التسمم بالرصاص أو المبيدات

3 ــ عوامل بعد الولادة:

- التسمم بالرصاص
- إصابة الدماغ بصدمة
- سوء معاملة الأطفال كالضرب على الرأس
- أمراض معدية (مثل التهاب السحايا)
- الحوادث

المظاهر العامة للشلل الدماغي

يعاني الأطفال المصابون بالشلل الدماغي بمظاهر واضحة وشديدة منذ الولادة وتبدو في المظاهر التالية :

- عدم القدرة على التركيز
- اضطرابات عاطفية وعناد
- إعاقة حركية

- نوبات صرعيه
- توتر وعدم تناسق في العضلات
- اضطرابات الشعور بالبرودة أو الحرارة أو الألم
- اضطرابات في حاسة البصر والسمع
- اضطرابات شديدة في المهارات اليدوية تنعكس على لبس ونزع الثياب
- اضطرابات في الطعام (في البلع والمضغ والهضم)
- تشوهات في المفاصل بشدة وانسداد وارتخاء في العضلات
- تخلف عقلي ونسبة الذكاء لديهم أقل من 70 درجة

أنواع الشلل الدمـــــاغي

1. شلل دماغي تشنجي:

ينجم عن إصابة القشرة الدماغية ويشكل 65% من إصابات الشلل الدماغي ويتميز بوجود صلابة وتيبس وتقلص في العضلات مما يودي إلى عدم تجانس الحركات وتختلف درجة التيبس بين مصاب وأخر لكنهم يتشابهون في وضع الجلوس وحركات محدودة ذات طابع واحد تودي مع مرور الوقت إلى تشوهات قواميه كانحناء الظهر أو تشوه الركبتين والأصابع.

ويأخذ التشنج السمة الأبرز في هذا النوع.

2. شلل دماغي ارتعاشي:

ويعني تحرك الذراعين والساقين والرأس أو أي جزء من الجسم بشكل لا يتحكم فيه المصاب وتكون الحركات سريعة وراقصه أو بطيئة حيث تتزايد الحركات عند التوتر وتتوقف عند النوم.

3. شلل دماغي ارتخائي:

سببه إصابة المخيخ وهو قسم من الدماغ يسيطر على التوازن , لا يحدث تأخر عقلي أو حالات صرع بل يوجد رخاوة في المفاصل و خلل في التوازن خاصة عند المشي وخلل في دقة حركة اليدين وتقطع في النطق وحركة سريعة وغير أراديه للعينين كما تكون فيه العضلات ضعيفة ومرتخية.

4. الشلل الدماغي التيبسي:

يعتبر بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر وصعوبة الحركة يصاحبه صغر في حجم الدماغ وتخلف عقلي شديد.

5. شلل دماغي مختلط:

وتكون الإصابة مختلطة ما بين الشلل التشنجي وأشكال أخرى من الشلل الرباعي.

كيف يمكننا تصنيف الشلل الرباعي؟

ويمكن تصنيف الشلل الدماغي على حسب الجزء المصاب في الجسم:

1. شلل طرف واحد: **حيث تكون فيه الإصابة في الساق أو الذراع**
2. شلل ثنائي طرفين: **شائع أكثر عند الخدج وتكون الإصابة به للساقين وقد تكون للذراعين لكن عادة تكون إصابة الساقين أكثر. المشي في هذه الحالة إذا حصل فانه يكون على رؤوس الأصابع وفي الحالات الصعبة تكون الساقين في وضع المقص.**
3. الشلل الدماغي النصفي: **تتشنج فيه الذراع والساق من نفس الجهة و الجهة اليمنى تصاب أكثر من الجهة اليسرى ويكون هناك نقص في استعمال الجهة المصابة خاصة لأصابع اليد أما المشي فيكون دائريا كما يوجد نقص في الإحساس باليد المصابة و ثلث هؤلاء الأطفال يعانون من الصرع وربعهم مصابون بالتخلف العقلي**
4. الشلل الرباعي: **هو الشلل الذي يؤدي إلى عدم القدرة على الحركة المستقلة أو الوقوف أو المشي والجلوس ويرافق هذا الشلل إعاقات ذهنيه ونطقيه وتشنج في الوركين والكاحلين يجعل الساق في وضع المقص كذلك تشنج في المرفقين والزندين ويجعل الذراعيين في وضع نصف مثنى مع قلة حركه الأطراف والمفاصل ومشكلات في اللفظ والبلع وحركات مستمرة غير أراديه خاصة في الكاحلين.**

كيفية تشخيص المرض:

تندرج الإصابة بالشلل الدماغي:

1. **بسيطة: خلل في ضبط دقه الحركة.**
2. **متوسطه: خلل في الحركات الكبيرة والدقيقة والكلام ولكن لا يؤثر على أداء الأنشطة اليومية.**
3. **شديدة: عدم القدرة على أداء أنشطه الحياة اليومية العادية أو التواصل**

من هنا لا بد من تدخل عدد من الأطباء والأخصائيين في التخصصات المختلفة والقيام بما يلي:

1. **فحص عصبي وفحص حركي**
2. **فحص روتيني للأنف والإذن والحنجرة**
3. **فحص روتيني للسمع**
4. **تقييم قدرات الإدراك الذهني**
5. **فحص تخاطبي لتقييم الوظائف البدائية لجهاز النطق.**
6. **الاختبارات التشخيصية والفحوصات المخبرية**

المؤشرات التي تدل على إصابة الطفل بالشلل الدماغي:

1. **ازرقاق لون الطفل.**

2. صعوبة المص والبلع والمضغ.
3. لا يدير الرأس باتجاه الحلمة عند لمس خده.
4 . يتأخر بفتح فمه ليتلقف الحلمة عند مقاربتها لفمه.
5. يظهر حساسية للتلامس الجسدي إما بالبكاء أو الهدوء أو تحريك الجسم.
6. يظهر تقلص في الذراعين أو الساقين بشكل غير طبيعي.
7. بطيء الحركة وعدم القدرة على التحرك بمفرده.
8. ضعف وعدم السيطرة على عضلات الرقبة.
9. يبكي بطريقه مختلفة طبقا لنوع الإزعاج.
10. يبكي عند تغير وضعه.
11. ترك إبهامه منقبضة داخل قبضة اليد.
12. لا يستطيع إن يثبت رأسه وسط جسمه.
13. يعاني من متابعة الجسم الذي يتحرك أمامه.
14. تأخر في استعمال اليدين.
15. تأخر في الجلوس.
16.ارتخاء في العضلات.
17. يستجيب لتعابير الوجه بطريقه ملفته للانتباه.
18. لا يحافظ على رأسه وصدره منتصبين أثناء استلقائه.
19. لا يستطيع الاستلقاء على بطنه مستندا على ساعديه.
20. يدفع برأسه للخلف عندما يُحمل.
21. لا يحرك الأشياء من يد إلى أخرى.
23. يحني ظهره عند إجلاسه.
24. يقوم بحركات في اللسان داخل فمه أو خارجه.
25. حاد المزاج وكثير الصراخ.
26. يمد رجليه عندما يتم ثنيهما.
27.عدم الاستقرار في النوم.
28. يتأخر في الوقوف.
29. ضعف في التركيز البصري للمثيرات.
30. حركات تلقائية.
31. تيبس في الجسم عند حمله.
32. بطء بالتطور والنمو .

33. تقيؤ عند البلع.
34. التأخر والبطء في الكلام.
35. اضطرابات في السمع والنطق.

الإجراءات الوقائية:

أولاً / بالنسبة للام أثناء فترة الحمل والولادة:

- العناية بالأم الحامل أثناء الحمل وقبله.
- أجراء الفحص قبل الزواج للتأكد من توافق الدم
- متابعة الفحوصات الطبية أثناء الحمل
- فحص ضغط الدم واسكر بشكل دوري.
- إتباع نظام غذائي.
- عدم تناول العقاقير الطبية ولاسيما الشعبية وبدون استشارة الطبيب.
- الابتعاد عن الأجواء الملوثة ومراكز الأشعة.
- ضرورة أن تكون الولادة في المستشفى المتخصص.
- التأكيد على أهمية الرضاعة من الصدر.

ثانياً / بالنسبة للطفل:

- إجراء الفحوصات الدورية ومراقبة النمو والتطور للطفل لاسيما التطور الحركي.
- إعطاء اللقاحات اللازمة.
- الانتباه إلى ارتفاع درجة حرارة الطفل ومراجعة الطبيب.
- الحذر من الإسهال وخاصة المترافق مع تقيؤ.
- الانتباه إلى انتفاخات بالرأس.
- الانتباه من التعرض إلى الاختناق أو السقوط.

علاج الشلل الدماغي ومتى تبدأ العلاج؟

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

متى نبدأ علاج الشلل الدماغي؟

من المهم البدء في برامج التدخل المبكر للتدريب والعلاج عند الاشتباه في وجود الشلل الدماغي وقبل التشخيص النهائي، فالتشخيص قد يأخذ مدة من الزمن، فكلما أسرعنا في التدريب كان ذلك أفضل، والبداية عادة ما تكون بالعلاج الطبيعي و العلاج الوظيفي، والهدف منها الوصول بقدرات الطفل إلى مستوى أقرانه في نفس العمر، ومنع التشوهات الجسمية قبل حدوثها، هذه التدريبات تعتمد على الوالدين حيث يتم تدريبهما على استخدام المثيرات الحسية والتدريبات والأوضاع الصحية للطفل، وهذه البرامج تبدأ في الأشهر الأولى من العمر.

ما هي نقاط التدريب الأساسية؟

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

1. **التدريب على الحركة.**
2. **التدريب على التواصل والنطق.**
3. **التدريب على قضاء الحاجة في الحمام.**
4. **التدريب على العناية بالنفس(تغيير الملابس، غسل الوجه والبدن، تنظيف الأسنان، وغيرها)**
5. **التدريب على التغذية (طريقة الأكل، استخدام الأواني، أوقات ونوعيات الأكل) .**
6. **المساعدة في المنزل.**
7. **الرياضة بأنواعها.**

كيفية التدريب؟

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

وهناك نقاط لابد من توضيحها:

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

ما هي الأدوية العلاجية؟

لا توجد أدوية علاجية تشفي الطفل المصاب بالشلل الدماغي ولكن الطبيب قد يصف بعض العلاجات المساعدة ومنها:

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

هل هناك علاج جراحي؟

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

–القيام بجراحة للعضلات والأوتار المتقلصة لزيادة طولها

–التدخل الجراحي على المفاصل والعظام لإصلاح التشوهات الحاصلة بها.

هل هناك علاج نفسي؟

من الأمور المهملة في البلاد العربية هي التأثيرات النفسية للإعاقة على الطفل وعائلته، وقد لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه وعن حاجاته، وتلك الحاجات يجب أن ندركها فهو طفل كغيره من الأطفال لديه أحاسيس ومشاعر وانفعالات، وهو بحاجة إلى الاحتكاك للتعلم من الحياة، كما أن العائلة تقاسي في البحث عن العلاج والإرشاد لما تستطيع عمله لطفلها، كما أن رعاية الطفل تحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد، كل ذلك ينعكس بتأثيرات سلبية

عليها، مما قد يؤثر في الاستقرار العائلي وعلاقة العائلة بعضها ببعض، كل ذلك يجعلنا نؤكد على أهمية الدعم الاجتماعي للعائلة بالإضافة إلى احتياجها للدعم والتوجيه النفسي.

هل هناك حل لمشكلة سيلان اللعاب؟

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

-الاهتمام بالأسنان واللثة للوقاية من الالتهابات والتسوس وهو ما يزيد من سيلان اللعاب.

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

-التصفير وهي محاولة لإغلاق الفم والنفخ.

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

-تدريب وتعويد الطفل على مسح اللعاب بين فترة وأخرى.

كيفية التعامل مع مشاكل الكلام والنطق؟

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

ما هي الخطة العلاجية؟

الأطفال المصابون بالشلل الدماغي لديهم مشاكل في الحركة والتوازن، كما لديهم العديد من المشاكل الأخرى التي تحتاج إلى متابعة وعلاج مثل البصر، السمع، الكلام، صعوبات التعلم والذكاء، التغذية، الصرع، المشاكل السلوكية وغيرها، هذه المشاكل مترابطة تؤثر إحداها في الأخرى بشكل أو آخر، لذلك فإن الاحتياج لمجموعة من الاختصاصين مهم جداً لمساعدة العائلة للوصول إلى نجاح الخطة العلاجية.

الفريق الطبي والعلاجي:

أهمية تكوين الفريق الطبي وتنظيمه وترتيب قواعد عمله أمر ضروري، فيجب أن تكون هناك فلسفة مشتركة للعمل

والعمل كوحدة واحدة، كما أن المهارة والخبرة ضرورية بجانب الرغبة في العمل بإخلاص فالجميع يعمل لهدف واحد، ونجاح كل فرد من هذه المجموعة يعتمد على نجاح الآخرين، لذلك يجب أن يكون هناك تواصل بين أعضاء الفريق حول ما تم إنجازه وما يفترض تنفيذه وما يتوقع من نتائج، هذه المجموعة تتكون من:

1. **أخصائي طب الأطفال**
2. **أخصائي جراحة العظام**
3. **تمريض**
4. **أخصائي علاج طبيعي**
5. **أخصائي علاج وظيفي**
6. **أخصائي اجتماعي**
7. **أخصائي نفسي**
8. **أخصائي تغذية**
9. **أخصائي سمعيات**
10. **أخصائي نطق وكلام**
11. **أخصائي عيون وبصريات**
12. **مدرس تربية خاصة**

ما هو دور المجموعة العلاجية؟

كل متخصص في المجموعة العلاجية له دور معين في علاج الطفل وتدريب الأهل للحصول على مكتسبات في مجال معين، وإزالة المعوقات للوصول إلى ذلك الهدف، فكل منهم وبخبرته قادر على تعليم الأهل الطريقة السهلة البسيطة على أداء شيء معين، كما أن كلاً منهم قادر على معرفة قدرات الطفل في مجاله، وقادر على اكتشاف نقاط الضعف والقوة لديه، ومن خلال معرفة القدرات الأساسية فإنه يقوم بالبناء عليها وبالتدريج للحصول على مكتسبات جديدة ومن ثم زيادة قدرات الطفل على أداء العديد من المهام.

- أخصائي طب الأطفال

هو المشرف الرئيسي على متابعة الطفل حيث يقوم بالكشف الدوري وإعطاء التطعيمات الأساسية، وقياس المستوى الصحي العام، بالإضافة إلى الكشف الطبي لتشخيص الحالة ومقدار الإصابة وما يحتاجه الطفل من رعاية، وإعطاء الأدوية التي يحتاجها الطفل كعلاج الصرع مثلاً، والأدوية التي تستخدم لزيادة التناغم العضلي، والتنسيق مع بقية المجموعة العلاجية لتقديم المساعدة للطفل وعائلته

- جراح العظام

قد تكون الحالة صعبة وخصوصاً عند التأخر في التعامل مع الحالة من عمر مبكر بالعلاج الطبيعي، لذلك

فقد يحصل لدى الطفل تقلص للعضلات وتيبس دائم وخصوصاً حول المفصل، مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام الأطراف، وكذلك قد يحدث فكك في المفاصل وتشوهات في العمود الفقري، كل من تلك المشاكل تعيق الطفل في شكله العام وحركته مما يستدعي التدخل المبكر لمنعها من خلال استخدام الجبيرة، وفي مرحلة لاحقة التدخل الجراحي لإزالتها أو التخفيف منها .

- الأطباء الاستشاريون

أطباء متخصصون كل في مجاله (العيون، الأنف والأذن والحنجرة، أخصائي أعصاب، أسنان وغيرهم) يساهمون في إجراء الفحوص الطبية عند اللزوم.

- التمريض

الممرضة المدربة على التعامل مع تلك الحالات قادرة على عمل الكثير لمساعدة الفريق العلاجي، كذلك مساعدة الأهل في التغلب على الصعوبات التي يواجهونها، ومتابعة حالة الطفل الصحية والنفسية من خلال الزيارات المنزلية المنتظمة، كذلك يمكنها تدريب الأسرة على منع حدوث قروح الفراش والتي تكثر عند ثبات الطفل في وضع واحد حيث يقل الدم الواصل للمناطق تحت الضغط ومن ثم تقرحها.

- أخصائي العلاج الطبيعي

يقوم بتقييم الحركة والتوازن والإجلاس، ومن ثم التوصية على التدريبات التي يحتاجها في كل مرحلة عمرية واختيار الأجهزة المساعدة التي يحتاجها.

- المعالج الوظيفي

يقوم بتقييم التطور الحركي لليد والفم والتوصية بما يساعد الطفل على التغذية مثلاً، كما يساعد الطفل على التكيف مع إعاقته، وإعطائه الخبرة الحسية والحركية، ومن ثم بناء وتطوير الحركة للوصول إلى نوع أقرب للطبيعي من الحركة من خلال التدريب اليومي المدروس.

- الأخصائي النفسي

المعالج النفسي له دور كبير في مساعدة العائلة على تخطي الكثير من الصعوبات التي يواجهونها، وكذلك منع الإحباطات التي يحس بها الطفل من المجتمع المحيط به، كما أن المعالج قادر على رفع الروح المعنوية والتحفيز للطفل وعائلته،

ومن أهم النقاط التي يقوم بها المعالج النفسي:

-تقييم درجة ذكاء الطفل والقدرة على التعلم من خلال الملاحظة وإجراء المقاييس النفسية.

-دراسة ميوله وقدراته المهنية.

-دراسة مدى استعداده للتعاون ووضع البرنامج المناسب.

-العمل مع الوالدين لإيجاد الأسلوب الأمثل للتغلب على الصعوبات اللغوية والتعليمية.

-العمل مع الوالدين لإيجاد الأسلوب الأمثل للتغلب على الصعوبات السلوكية.

- الأخصائي الاجتماعي

للأخصائي الاجتماعي دور كبير في تقديم الدعم للطفل وأسرته، حيث يقوم بمتابعة حالة الطفل الأسرية مادياً ومعنوياً ومن ثم إيجاد الأسلوب الأمثل للمساعدة، ويتركز دوره في ما يلي:

-معرفة الإمكانيات المادية للأسرة.

-دراسة اتجاهات الأسرة نحو الطفل وعجزه.

-الزيارات المنزلية.

-تقديم الدعم والتوعية من خلال الملصقات.

-توفير الأجهزة التعويضية والأجهزة المساعدة.

-المساعدة المالية من خلال المؤسسات الحكومية والأهلية .

-التعرف على المؤسسات والجمعيات التي تقوم برعاية هؤلاء الأطفال.

-المساعدة التعليمية من خلال معرفة المدارس والمراكز.

-دراسة الاستعداد للرعاية المنزلية.

- أخصائي تغذية

يقوم أخصائي التغذية بتقييم النمو واكتشاف النقص الموجود فيه ومن ثم رسم البرنامج الغذائي المناسب لعمر الطفل وقدرته على الأكل والشرب.

- أخصائي سمعيات

يقوم بتقييم حالة الطفل وإجراء الاختبارات اللازمة كقياس السمع (حسب عمر الطفل) ومن ثم معرفة نوع الإعاقة السمعية (نقص السمع العصبي أو التوصيلي) ومن ثم التوصية باستخدام السّماعات اللازمة عند الاحتياج لها.

- أخصائي النطق والكلام

الطفل المصاب بالشلل الدماغي لديه عطب أو خلل في الأعصاب التي تتحكم في الصوت ومن ثم الكلام، وقد يجد الطفل صعوبة كبرى في الكلام ونوعه، وقد نلاحظ أنه يتكلم بطريقة صعبة قد يضحك منها الكثيرين، فالبعض لديهم صعوبة في النطق كالتلعثم [illegible]، وآخرون لديهم خلل في اختيار وتتابع الكلام [illegible] ، والتي تظهر على شكل صعوبة في اختيار مواقع الأصوات والمقاطع والجمل،

ويعمل أخصائي النطق والكلام على:

-معرفة قدرات الطفل الكلامية ومن ثم بناء مكتسبات جديدة.

-يقوم بتشخيص الحالة وتحديد طبيعة المشاكل اللغوية.

-تقدير حركة الكلام.

-تقييم آلية البلع.

-محاولة السيطرة على الصعوبات التي يواجهها ليكون كلامه واضحاً ومفهوماً.

-بناء المهارات اللغوية بزيادة حصيلته منها وتدريبه على الجمل المفيدة السهلة.

-العلاج باستخدام الأساليب العلاجية لتنمية المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية.

-غير القادرين على الكلام يمكن تدريبهم على لغة الإشارة، واستخدام الكمبيوتر والصّور، لتكون أسلوباً للتواصل مع المجتمع من حوله.

- مدرس التربية الخاصة

صعوبات التعلم تختلف من طفل لآخر، فالبعض يكون لديه صعوبة في الرياضيات فقط، وآخرون تكون لديهم صعوبة في النطق، ولهذا الاختلاف يحتاج الطفل إلى تقييم خاص للذكاء وصعوبات التعلم من قبل الأخصائي النفسي بمساعدة مدرس في التربية الخاصة، والذي يقوم برسم الخطة التعليمية للطفل من خلال معرفة نقاط القوة والضعف، واستغلال الإمكانيات المتاحة للوصول للهدف المنشود.

تعديل البيئة المحيطة لملائمة الطفل المصاب بالشلل الدماغي:

البيئة التي يعيش فيها الطفل هي المنزل والمدرسة والأسواق والأماكن الترفيهية، والطفل المعاق حركياً وفكرياً لا يستطيع التغلب على الكثير من الصعوبات التي تواجهه أو تواجه من يعتني به، مما يؤدي إلى احباطات تؤثر في الطفل وعائلته، والقوانين في أغلب الدول في نصوصها نقاط رئيسية لتسهيل تحرك الطفل المعاق وإيجاد التسهيلات اللازمة له في الأماكن العامة والخاصة .

- المنزل:

التغييرات الواجب اتخاذها في المنزل تعتمد على نوعية ودرجة إعاقة الطفل، كما تعتمد على نوعية المنزل وترتيبه، ويمكن الاسترشاد بتوجيهات أخصائي الوظيفي والطبيعي في معرفة احتياجات الطفل، وإزالة العوائق الموجودة، وتلك قد لا تكون تكلفتها عالية، وهناك نقاط رئيسية منها:

- ✓ أن يكون الباب واسعاً لدخول الكرسي المتحرك.
- ✓ أيجاد سطح مائل أمام المنزل لتسهيل تحرك الكرسي.
- ✓ تجنب وجود ارتفاعات متفاوتة في المنزل.
- ✓ تأكد أن الغرفة واسعة تسمح بتحرك الطفل بكرسيه.
- ✓ أن تكون الرفوف والأدراج منخفضة يمكنه الوصول لها.

- ✓ أن يكون السرير بارتفاع الكرسي.
- ✓ أن تكون دورة المياه واسعة و بها مقابض للمساعدة.

- المدرسة:

تختلف درجة إعاقة الطفل، وقد يكون في مدرسة عادية في فصول عادية أو فصول خاصة، ولحاجات الطفل الخاصة يجب أن تتوفر هناك العديد من الخدمات ولو كان عدد هؤلاء الأطفال قليلاً، ومنها:

- ✓ **أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك.**
- ✓ **إيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي.**
- ✓ **أن تكون دورة المياه واسعة و بها مقابض للمساعدة.**
- ✓ **أن تكون الغرف واسعة تسمح بتحرك الطفل بكرسيه .**
- ✓ **أن تكون طاولات الدراسة والأكل ملائمة للطفل مع كرسيه.**
- ✓ **أن تكون السبورة منخفضة.**

- الأسواق

الطفل المعاق حركياً من حقه زيارة الأسواق مع عائلته أو بمفرده، والتشريعات تنص على ذلك، وهنا يجب على أصحاب الأسواق عدم إهمالهم، وإيجاد بعض التسهيلات مثل:

- ✓ **أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك.**
- ✓ **إيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي.**
- ✓ **أن يكون فيها دورة مياه واسعة و بها مقابض للمساعدة.**
- ✓ **مواقف خاصة للمعاقين مع وجود الإشارة الدالة على ذلك.**

- المراكز الترفيهية والمتنزهات

الطفل المصاب بالشلل الدماغي بدرجاته له الحق في الحياة والاستمتاع بها، ووجود تسهيلات معينة تريح الطفل وعائلته ومنها:

- ✓ **أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك.**
- ✓ **إيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي.**
- ✓ **أن يكون فيها دورة مياه واسعة و بها مقابض للمساعدة.**
- ✓ **مواقف خاصة للمعاقين مع وجود الإشارة الدالة على ذلك.**

- **المستشفيات والمراكز الصحية**

من بديهيات الخدمة الصحية وجود التسهيلات الملائمة للمعاقين، ومنها:

- ✓ أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك.
- ✓ إيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي.
- ✓ أن يكون فيها دورة مياه واسعة و بها مقابض للمساعدة.

- ✓ وجود مصاعد في المباني ذات الأدوار المتعددة.
- ✓ مواقف خاصة للمعاقين مع وجود الإشارة الدالة على ذلك.

التدخل المبكر والشلل الدماغي

ما هو التدخل المبكر؟

هي عملية تقديم مجموعة من الخدمات التربوية والمساعدة الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ الميلاد ليحققوا أقصى درجات الأداء الوظيفي.

عمليات التدخل المبكر:

يقوم التدخل المبكر على عمليتين أساسيتين هما:

أولا: عملية التشخيص

وهي عملية جمع المعلومات الكافية والشاملة عن الطفل من أجل تأكيد أو نفي وجود إعاقة عند الطفل من أجل اتخاذ القرارات العلاجية المناسبة.

وتشمل عملية التشخيص (عملية جمع المعلومات + عملية تحليل وتفسير المعلومات)

مجالات الفحص الرئيسة في عملية تشخيص الشلل الدماغي:

1. الفحوصات الطبية
2. الفحوصات الجسمية
3. الفحوصات النفسية
4. التاريخ الاجتماعي
5. الفحوصات السمعية
6. الفحوصات البصرية
7. فحوصات النطق والكلام
8. الفحوصات التربوية

ثانيا: عملية العلاج

هي عملية رسم خطة علاجية من أجل تطوير قدرات الطفل كما تشمل تحديد المشاركين فيها وتحديد أدوارهم ومسؤولياتهم.

لماذا التدخل المبكر مع حالات الشلل الدماغي؟

تقدم عملية التدخل المبكر مع حالات الشلل الدماغي على مجموعة من الأسس والمبررات لعل أهمها ما يلي:

1 ــ تؤثر الخبرة المبكرة تأثيرا بالغا على جميع جوانب ومراحل النمو.

2 ــ نمو الجهاز العصبي المركزي في السنين الأولى من العمر أكثر من أي مرحلة أخرى.

3 ــ هناك ثمة مراحل سريعة للنمو تحدث في السنوات الثلاث الأولى من العمر يجب العمل على استثمارها.

4 ــ مظاهر النمو المختلفة مرتبطة بعضها ببعض.

5 ــ إهمال تقديم خدمات التدخل المبكر تؤدي إلى تدهور متسارع في نمو الطفل.

6 ــ من الناحية الاقتصادية: برامج التدخل المبكر أقل كلفة من برامج التدخل العلاجي المتأخر

7 ــ حاجة الوالدين إلى التوجيه والتدريب فيما يتعلق بكيفية التعامل مع الطفل المعوق.

الجوانب النمائية في برامج التدخل المبكر مع حالات الشلل الدماغي

يحتاج الطفل ذو الشلل الدماغي إلى اكتساب المهارات والقدرات التي يكتسبها الطفل العادي إلا أن عملية تشخيص الشلل الدماغي قادت إلى مجموعة من الجوانب النمائية يجب أن تتضمنها برامج التدخل المبكر مع حالات الشلل الدماغي وهي:

1 ــ الجانب المعرفي: حيث يعاني ذو الشلل الدماغي من إعاقات إضافية كالتخلف العقلي وصعوبات التعلم

2 ــ النمو اللغوي: يتأخر الطفل المشلول دماغيا في اكتساب المهارات اللغوية الأساسية .

3 ــ النمو الحركي الكبير: يحتاج الطفل المشلول دماغيًا إلى خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي كما يحتاج إلى تدريب الوالدين على الإجراءات العلاجية التصحيحية في البيت.

4ــ النمو الحركي الدقيق: للتباين الشديد بين المهارات الحركية الكبيرة والمهارات الحركية الدقيقة عند الأطفال المصابون بالشلل الدماغي تحتاج المهارات الحركية الدقيقة إلى تخطيط وتنفيذ برنامج علاج وظيفي.

5 ــ العناية بالذات: يحتاج الأطفال المصابون بالشلل الدماغي إلى برامج تساعدهم على اكتساب مهارات العناية بالذات.

6 ــ النمو الاجتماعي: وتشمل تطوير المهارات الاجتماعية والشخصية كما تشمل مفهوم تطوير ذات ايجابي لدى الطفل المصاب بالشلل الدماغي.

أشكال برامج التدخل المبكر مع الأطفال المصابون بالشلل الدماغي

تتعدد برامج التدخل المبكر مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي إلا أننا نستطيع أن نجمل هذه البرامج في الفئات التالية :

1 ــ برامج مقدمة لأسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي

وهذه برامج تتحمل فيها الأسرة العبء في تنفيذ البرامج العلاجية والتربوية ويتم فيها تدريب الوالدين على تقديم البرامج تحت إشراف متخصصين.

2 ــ برامج مقدمة في مراكز مخصصة:

وهي برامج تقدم في مراكز متخصصة يتوفر فيها كوادر مدربة ومواد ومعدات خاصة.

3 ــ برامج مقدمة في مراكز متخصصة ومقدمة للأسر.

هي أحسن البرامج وأكثرها فائدة حيث أثبتت الدراسات أنها أكثر الطرق تحقيقًا لتنمية مهارات وقدرات الطفل ذو الشلل الدماغي

ما مدى تأثير (فاعلية) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع المصابين بالشلل الدماغي؟

تلعب مجموعة من المتغيرات دورًا رئيسيًا في تحديد فاعلية برامج التدخل المبكر مع المصابين بالشلل الدماغي أهم هذه المتغيرات ما يلي:

1 ــ مستوى كثافة التدخل:

كانت التأثيرات النمائية والسلوكية أكبر كلما كان التدخل المبكر مكثفا بمعنى زيادة التفاعل بين الأطفال من جهة وبين أسرهم والمراكز المتخصصة من جهة أخرى.

2ــ موعد البدء بالتدخل المبكر:

كلما كان التدخل مبكرا (منذ الميلاد والثالثة من العمر) كلما كانت الفائدة أكبر بالنسبة للطفل المصاب بالشلل الدماغي.

3 ــ مدى وعي ومشاركة الأسرة:

كلما عملت برامج التدخل المبكر على إشراك أفراد الأسرة في برامج التدخل المبكر وقدمت لها البرامج التدريبية والإرشادية المناسبة كلما كان وقع ذلك على تقدم مهارات وقدرات الطفل المصاب بالشلل الدماغي أفضل.

4 ــ فترة التدخل المبكر:

كلما كانت برامج التدخل المبكر أطول مدة كلما كانت النتائج أفضل.

5 ــ كفايات المعلمين :

كلما كانت قدرات المعلمين المهنية والشخصية أعلى وأكثر فاعلية كانت قدرات وإمكانات الطفل المصاب بالشلل أكثر تطورًا.

6ــ البيئة الاجتماعية:

ويقصد بها نوعية اتجاهات أفراد المجتمع والمعلمين نحو الطفل المصاب بالشلل الدماغي فكلما كانت الاتجاهات أكثر ايجابية والبيئة الإنسانية أكثر دفئًا كان انعكاس ذلك على تطور قدرات وإمكانات ومفهوم الطفل المصاب بالشلل الدماغي عن ذاته أكبر وأحسن.

مراحل تطور النمو النفس ــ حركي للطفل المصاب بالشلل الدماغي:

يمر تطور النمو النفس حركي للطفل المصاب بالشلل الدماغي بمجموعة من المراحل الأساسية والتي قد يتفرع بعضها إلى مجموعة من المراحل هي :

أولا: مرحلة رفع الرأس.

يؤدي تطور قدرة الطفل المصاب بالشلل الدماغي على رفع الرأس إلى تطور قدرات أخرى كالجلوس والتدحرج والوقوف.

- المقترحات التدريبية لتطوير قدرات الطفل على رفع الرأس:

1. درب الطفل على المقترحات التالية وهو جالس لأن الحفاظ على توازن الرأس في الوضع جالسا أفضل وأسهل.

2. اضغط على كتفي الطفل لأسفل برفق.
3. دعه يميل إلى الخلف برأسه تدريجيًا لكي يتعلم رفعها.
4. زد من درجة ميله إلى الخلف كلما تطورت قدرته على رفع رأسه.
5. حاول ثنيه من جانب لآخر ببطء.
6. من وضعك جالسًا استخدم ركبتيك لثنيه من جانب لآخر.
7. استخدم صدرك لتدعيم طفلك من وضعك نائمًا وإشعاره بالحنان.
8. درب الطفل على رفع رأسه عندما يميل إلى الأمام.
9. شجعه على رفع رأسه وهو على بطنه.
10. استخدم وضع الانتصاب لإطعام الطفل وحمله واللعب معه.

ثانيًا : مرحلة التدحرج.

التدحرج هو الحركات الدائرية اللولبية بين الجزء العلوي والجزء السفلي من الجسم وفيها (التدحرج) يدور الرأس إلى أحد الجانبين يتبعه الكتفان ثم الرجلان وهي حركات لازمة للجلوس والمشي.

- المقترحات التدريبية لتطوير قدرات الطفل على التدحرج:

1. وهو مستلقي على ظهره قرب يدي الطفل من رجله
2. دحرجه من جانب لآخر
3. ارفع مؤخرته عن الأرض
4. ساعده على التدحرج إلى الأمام والخلف
5. ساعده من خلال تحريك رجله
6. ثبت الجزء السفلي من الذراع
7. استخدم رجله لتحريك جسمه حركة دائرية
8. شجعه على أن يدير رأسه ويرفع ذراعه
9. شجعه على الدحرجة من الظهر إلى البطن والعكس
10. شجعه على التدحرج دون مساعده للوصول إلى لعبته
11. استخدم الدحرجة عند تنظيف جسمه وتلبيسه واللعب معه

ثالثا : مرحلة الجلوس

هي مرحلة يرى الطفل العالم الذي حوله بصورة مختلفة حيث يرى الأشياء والمثيرات بشكل أوضح، وهي مرحلة تشتمل على مجموعة من المراحل الفرعية وهي:

1. مرحلة الجلوس بمساعدة

2. بمرحلة الجلوس بدون مساعدة
3. مرحلة الجلوس مع وضع الانبطاح
4. مرحلة الجلوس مع الانتقال من مكان لآخر بالاتكاء على اليدين والركبتين (الحبو)

المقترحات التدريبية لتطوير قدرات الطفل على الجلوس:

أ/ مرحلة الجلوس بمساعدة:

1. درب الطفل على أن يرفع جسمه عند الانتقال من مكان إلى آخر.
2. عود الطفل على أن يتكئ على ذراعيه ليحصل على الدعم وبدون ذلك لن يحصل على الدعم (المساعدة).
3. دع الذراعين للأمام.
4. حرك جسم الطفل من جانب لآخر.
5. من الوضع جالسا ارفع ركبتك عند رفعه.
6. تكلم معه عندما تحرك جسمه يميننا ويسارا وللخلف والأمام.
7. لكي يبقى ظهره مستقيما، ارفع ذراعيه للأعلى وللأمام عندما تحرك جسمه حركه دائرية.
8. امسك يديه ورجليه.
9. دع الطفل يميل إلى الخلف والأمام واليمين واليسار ولكن ببطء.
10. دع الطفل يجلس وهو يتكئ على يديه أثناء اللعب.

ب/ مرحلة الجلوس بدون مساعدة:

1. ثبت حوض الطفل.
2. دع الطفل يميل بلطف إلى احد الجانبين واطلب منه تجنب السقوط.
3. دع الطفل يجلس على احد الجانبين.
4. شجعه على الوصول بإحدى يديه إلى كل الاتجاهات.
5. ضع الطفل في وضع الانبطاح على شيء يتدحرج (كرة ــ اسطوانة)، وامسكه من منطقة الحوض، ودعه يميل بلطف إلى الأمام.

ج/ مرحلة الجلوس من وضع الانبطاح:

1. اضغط على حوض الطفل للأسفل وللخلف.
2. ادعم جسمه عندما يرفع إحدى يديه محاولا الجلوس.
3. ادعم صدره.

د/ مرحلة الجلوس مع الانتقال من مكان لآخر بالاتكاء على اليدين والركبتين:

1. عندما يصبح الطفل قادرا على الجلوس علمه كيف يدعم نفسه بيديه وركبتيه.
2. اضغط على حوض الطفل لأسفل لتشجيعه على رفع رأسه ودعم جسمه بكلتي يديه.
3. احني إحدى ركبتيه إلى الأمام.

4. انقل وزنه إلى ركبته الأمامية، ثم احني رجله الأخرى بنفس الطريقة.
5. حركه بلطف من جانب لآخر إلى الأمام والى الخلف لتتطور قدرته على التوازن.

رابعاً / مرحلة النهوض والوقوف

يدفع الطفل المصاب بالشلل الدماغي غالباً جسمه للخلف وهذا ما يجعل وقوفه أمراً صعباً.

المقترحات التدريبية لتطوير قدرات الطفل على النهوض والوقوف:

1. ضع قدم الطفل بشكل منبسط وتحت مستوى ركبتيه
2. اضغط للأسفل على إحدى ركبتيه أثناء ميلانه للأمام
3. لا تدع الطفل ينحني إلى الخلف
4. ادعم صدره عندما يقف
5. ادعم الطفل برجلك
6. ابق ورك الطفل مستقيما
7. انقل وزن الطفل من جانب لآخر

خامساً / مرحلة العناية بالذات

وهي مرحلة من أهم المراحل في تنمية المهارات الاستقلالية للطفل المصاب بالشلل الدماغي، وهي تشتمل على مجموعة من المراحل الفرعية مثل: تناول الطعام والشراب، الاستحمام، وارتداء الملابس، واستخدام التواليت.

المقترحات التدريبية لتطوير قدرات الطفل على العناية بالذات:

1. استخدم ملعقة للطعام من البلاستيك.
2. ضع الطعام بالملعقة على منتصف اللسان.
3. للمساعدة على المضغ ضع كمية صغيرة في فم الطفل.
4. ضع الطعام على طرف الفم ونحو الخلف بين الأسنان.
5. اقطع جزاءاً من الفنجان بحجم الأنف حتى لا يضطر الطفل لأن يحني رأسه للخلف عند تناول الشراب.
6. اغسل جسم الطفل وهو جالس.
7. ضع الماء أمام الطفل ليراه.
8. قل للطفل ماذا تفعل ... وماذا تريد أن يفعل.
9. عند ارتداء الطفل للملابس يجب أن يكون الظهر مستقيماً.
10. يجب ارتداء الملابس من الجهة المصابة أولاً وخلعها من الجهة المصابة أخيراً.

ملحق التدريبات و الصور:

تمرينات لتنمية المجال النفسي – حركي

بداية من المهم أن يشعر الطفل بالراحة والأمان دائما بالخصوص عند الأكل والشرب. فالخوف من السقوط إذا كان على كرسي أو لسقوطه إلى الخلف إذا كان جالسا على الأرض يشغل تفكيره وإحساسه خلال التدريب.

تمارين لتشجيع حركات الالتفات والاستدارة

إثارة انتباه الطفل بواسطة دمية أو حلوى تشجيعه على الالتفات إليها والتقاطها .مساعدته بالإمساك بيده ورفع ساقه.

إذا لم يلتفت الطفل بعد محاولات عديدة، ينبغي مساعدته بالضغط قليلا على ساقه .

تمارين للزحف والحبو

وضع لعبة أمامه ولكن خارج متناول يده. تشجيعه ليتقدم ويلتقطها. في البداية يمكن مساعدته بسند قدميه.

إذا كان لا يستطيع تقديم رجليه للزحف، فيجب مساعدته برفع حوضه .

إن هذا الوضع يسهل على الطفل رفع يديه والارتكاز عليهما ليزحف نحو اللعبة .

تمارين للتحكم بالجسم، وللتوازن والجلوس

عند رفع الركبتين بلطف، الواحدة تلو الأخرى، يميل جسم الطفل مرة نحو اليمين ومرة نحو اليسار. وهكذا يتعلم كيفية المحافظة على توازنه كي يبقى جالسا ولا يقع.

كما يمكن الوصول الى النتيجة نفسها بإجلاس الطفل فوق وسادة مستديرة، ودحرجة الوسادة يميناً ثم يساراً.

تمارين لترخية العضلات المتصلبة

يمكن القيام بهذه العمليات قبل كل تمرين لأنها تزيد مرونة الجسم.غمر الأطراف المتصلبة بالماء الفاتر أو تغطيس الطفل كلياً لمدة 15 دقيقة.

إمالة جسم الطفل ببطء إلى جانب ثم إلى الآخر، أو مساعدته ليفعل ذلك بنفسه

من الأفضل أن لا تبقى ساقا الطفل ممدودتان، ولكن لا يجب إبعاد الساقين عن بعضهما عند الكاحل لأن ذلك يزيد التصلب.

لإبعاد الساقين عن بعضهما، يجب إمساكهما فوق الركبتين.

كيف يجب حمل الطفل

يجب حمله بين الذراعين مما يؤدي إلى استرخاء العضلات.

مسكه من الكتفين ورفعه بلطف

لا يجب أبداً حمل الطفل بهذه الطريقة، لأن رأسه سيتدلّى إلى الأسفل ويزداد تصلّب الجسم

يجب أن تبقى الساقان ممدودتان، لذلك يجب حمل الطفل كما تشير إليه الرسوم الثلاثة مما يسمح له أيضاً بالنظر إلى ما حوله.

عدم رفع الطفل من يديه.

لا يجب أبداً حمل الطفل المصاب بتصلب في عضلات الأطراف السفلية بهذه الطريقة، فهي تؤدي إلى زيادة التصلب في الجسم.

كيف يجب إجلاس الطفل

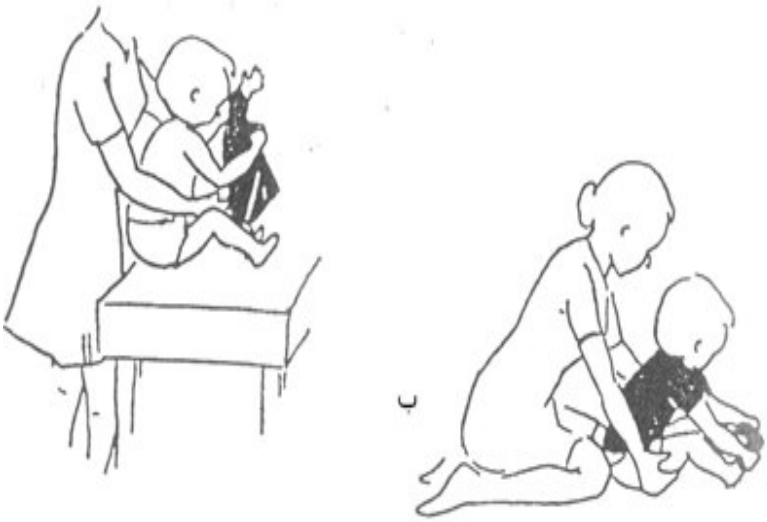
لا يجب أبداً أن يجلس الطفل بهذه الطريقة، أي على شكل حرفW ، لأن ذلك يضر بالوركين.

من الممكن سند الطفل بمساند، عند زاوية القعود مثلاً.

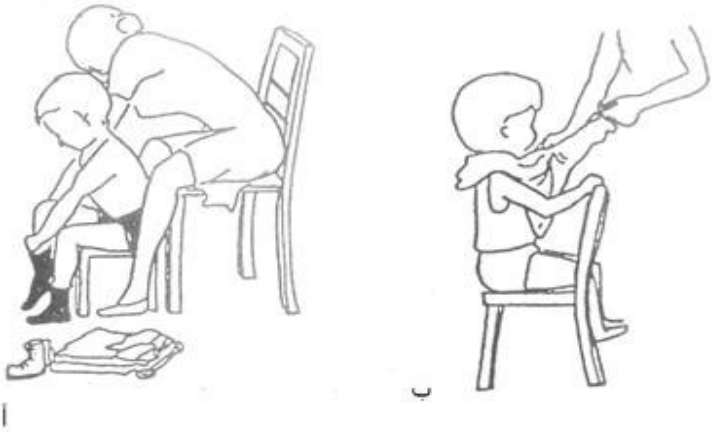
في هذا الوضع يمكن تعليم الطفل على التعرف إلى مختلف أجزاء جسمه، وبالوقت نفسه مساعدته على المحافظة على توازنه.

يمكن إجلاسه بهذه الطريقة التي تسمح بمساعدته على المحافظة على توازن رأسه.

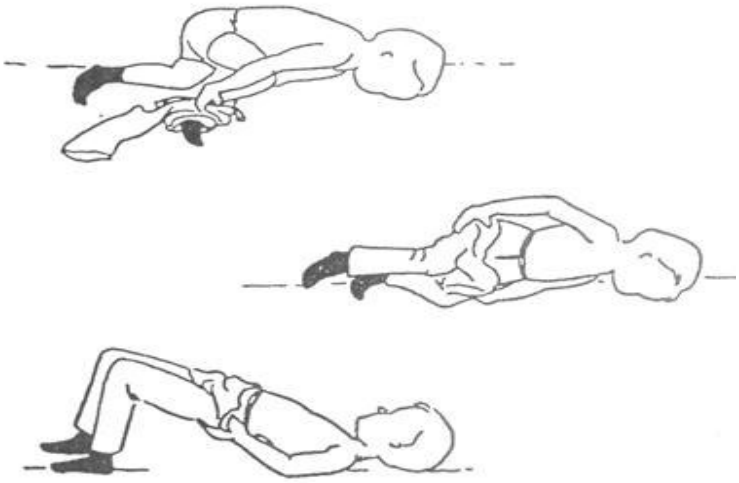
وضع جيد لمساعدة الطفل في لبس الثياب وخلعها حين يعاني من تشنجات عضلية حادّة



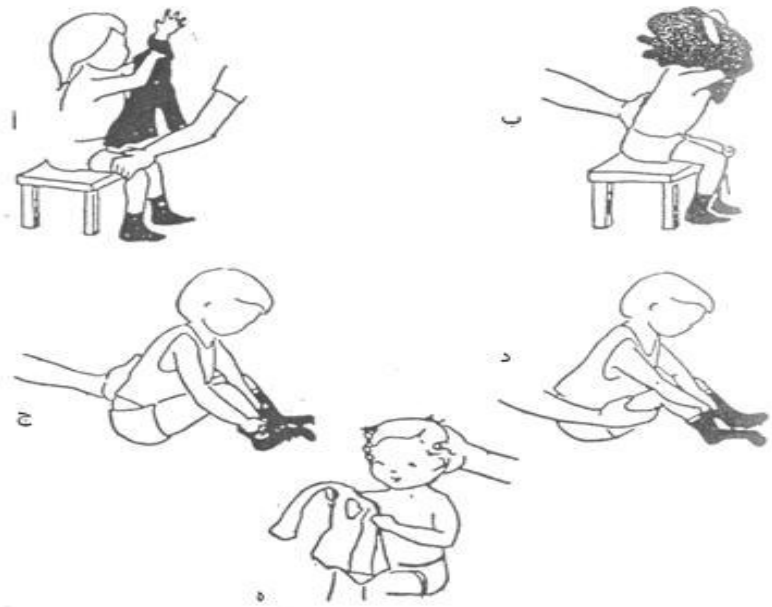
بالتحكم في الطفل من الخلف سواء أكان على الأرض أو على الطاولة أو جالساً على كرسي، باستطاعتك أن تبقي وركيه مثنيتين وجذعه ممتداً إلى الأمام، وبهذه الطريقة رفع رأسه ورفع يديه للأمام أو ثني وركيه ورجليه سوف لا يؤثر على نحو فوري في اتزانه، فهو بوضع جيد ليرى ماذا تفعلين وليتعاون معك في أثناء إلباسه ويداه لن تشبها وضع يديك عندما يبدأ بإلباس في نفسه.



إلباس الطفل الأكبر والأثقل، من الأفضل أن تجلسي على كرسي وطفلك على كرسي صغير ورجلاه على الأرض.



يمكن أن يكون لدى الطفل قدرة على التحكم في الرأس والساعدين واليدين، لكن قد يكون غير قادرعلى الجلوس ولذلك لا يستطيع ارتداء ملابسه أو خلعها وستجدي أنه إذا تمدد الطفل على جانبه يستطيع عمل الكثير بنفسه، عند الاستلقاء يكون من الأسهل على الطفل أن يثني وركيه وساقيه ورجليه وأن يبقي رأسه وكتفيه في موضع أمامي وأن يستعمل يديه للقبض كما هو مبين، بالطبع يجب أن يكون لدى الطفل درجة من حرية الحركة عند الوركين كي يتمكن من ارتداء ملابسه أو خلعها في هذا الوضع.



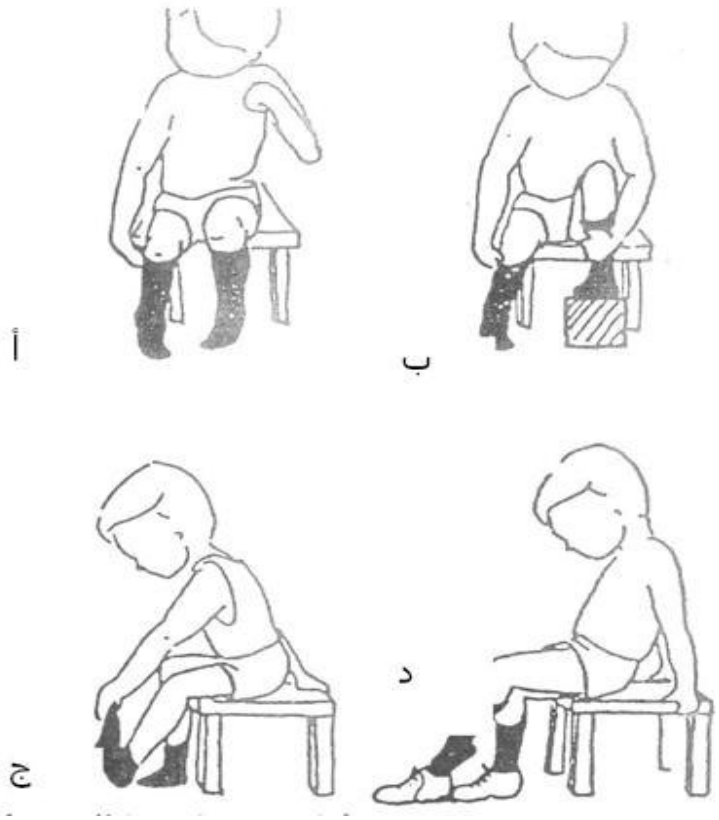
توضح هذه الأشكال نقاط التحكم التي بها يتعامل مع الحالات المشروحة آنفاً

(أ) قد يحاول الطفل المصاب بالشلل وانعدام التناسق الحركي أن يتكلم، أو عندما يرفع يديه ليلبس قدترتفع قدماه عن الأرض وتبتعد رجلاه إحداهما عن الأخرى في هذه الحال اضغطي على الركبتين لتثبيتهما أو على أعلى القدمين.

(ب) عندما يرفع الطفل المصاب بالشلل التشنجي فإنه قد يمدد وركيه وركبتيه ويقع إلى الخلف نتيجة لذلك، في هذه الحال ضعي يديك على الجزء الأسفل من عموده الفقري واضغطي للأمام، مع الأطفال المصابين بشلل الأطراف إصابة حادة أبقي الجذع مائلاً للأمام وفي الوقت ذاته حافظي على الرجلين منفصلتين ومائلتين للخارج عند الوركين.

(ج) و (د) سحب الجوارب للأعلى، قد تستقيم إحدى الرجلين ويقع الطفل إلى الخلف، ضعي يدك خلف الجزء الأسفل من عموده الفقري إذ يساعد ذلك في حفظ وركيه ورجليه مثنيتين وجعل كتفيه مائلتين للأمام ويمكنه أيضاً من استعمال يديه، إذا كانت قبضته ضعيفة في أثناء استقامة ساعده للحفاظ على رجله مثنية ضعي يدك تحت فخذه.

(هـ) النظر إلى أيديهم أثناء استعمالها قد يكون صعباً جداً للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، إمساك الرأس كما هو مبين في الشكل يجعل الطفل يتحكم في الرأس، لا تستعملي هذه القبضة إذا مال الطفل لدفع رأسه نحو الوراء

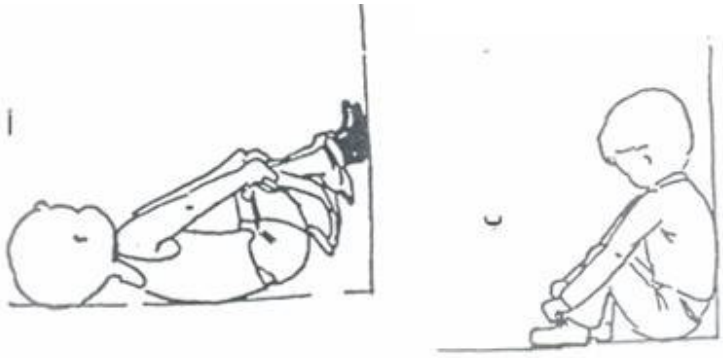


(أ) يبين الشكل الصعوبة التي يواجهها الطفل المصاب بشلل نصفي في أثناء محاولته خلع جواربه، وتأثير استعمال اليد غير المصابة على اليدين والساعد المعاقين.

(ب) بوضع الرجل المصابة أو المعاقة على صندوق ووضع يده المعاقة أمامها يمنع الطفل نفسه من ردود الفعل المرتبطة.

(ج) و(د) تبين هذه الأشكال الطرق التي تتطلب جهداً أقل لخلع الجوارب والحذاء، يجب أن يجلس الطفل على صندوق أو كرسي صغير إذ تكون قدماه مبسوطتين على الأرض.

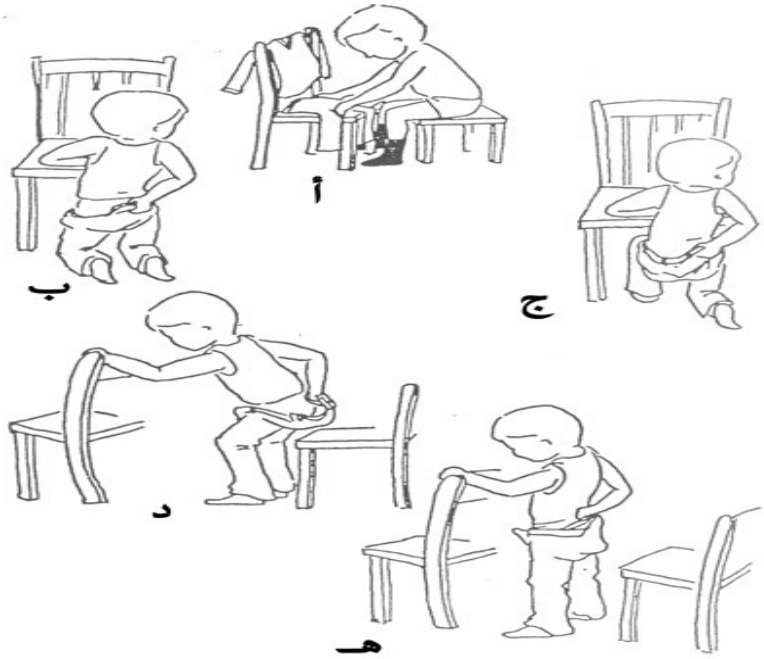
بما أن توازن الجلوس ليس جيداً على نحوٍ كافٍ ليسمح للطفل أن تكون يداه حرتين كي يرتدي الثياب بمفرده كما أن من المحتمل أن يسقط للخلف، فاستعملي زاوية الحائط لتعطيه توازناً، تأكدي من أن ثيابه قريبة منه وإذا دعت الحاجة ضعي كرسياً بجانبه ليدعم نفسه به.



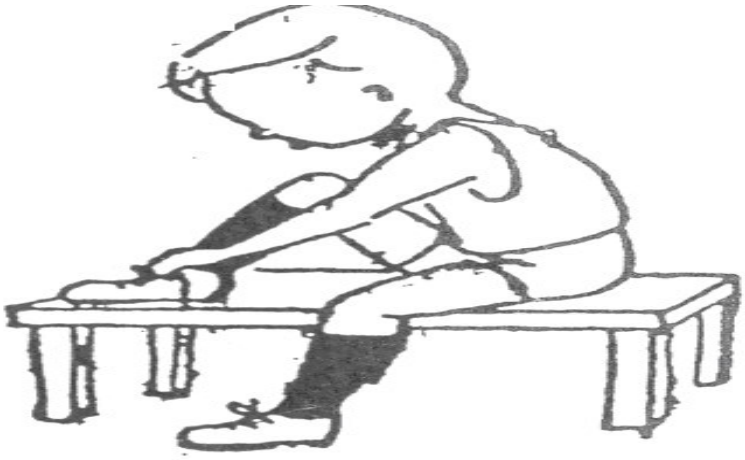
طريقتان لاستخدام الحائط:

(أ): عن طريق ضغط أو دفع الرجلين إلى الحائط يستطيع الطفل أن يرفع وركيه في أثناء جذبه لبنطاله، وهذا الوضع جيد للطفل المصاب بالشلل التخبطي فإنه يعطيه ثباتاً ضرورياً.

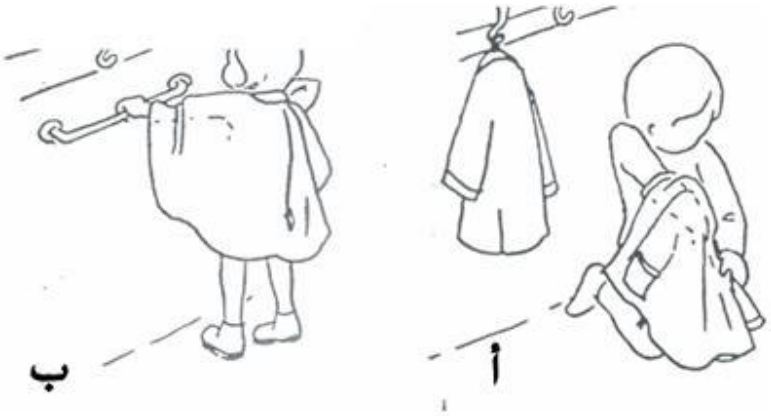
(ب): في أثناء دعمه لذاته بإسناد ظهره للحائط يستطيع الطفل المصاب بشلل الأطراف التشنجي أن ينحني للأمام وأن يثني رجليه ليرتدي حذاءه.



هذه الأشكال الخمسة توضح المواضع التي يكتسب الطفل بها الثقة عندما يبدأ بارتداء أو خلع ملابسه، ضعي كرسياً أو طاولة أمامه لدعم نفسه عند الحاجة ورتبي ملابسه له بشكل يسهل عليه التعامل معها.

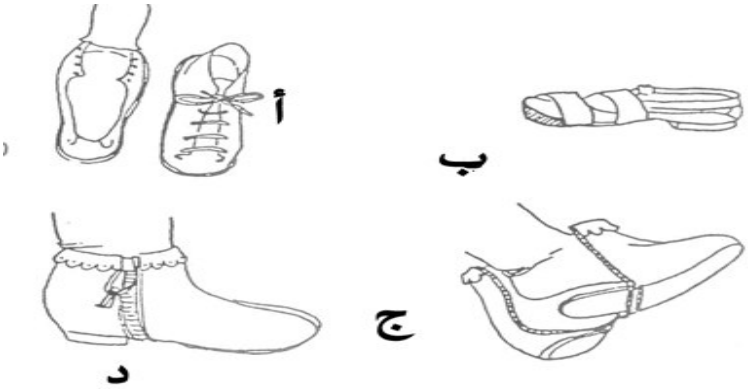


بالاستدارة جانباً في أثناء الجلوس على صندوق أو كرسي صغير، قد يجد الطفل المصاب بشلل الأطفال التشنجي سهولة لثني رجل واحدة دون استقامة الأخرى وأن يصل إلى قدمه وفي هذا الوضع يكون التوازن أكبر.



ارتداء الملابس وخلعها يعني في الوقت ذاته القدرة على التعامل مع الملابس لخارج المنزل والبدء في تعليقها على العلاقة في مرحلة الحضانة (أ) الركوع على ركبهم يعطي بعض الأطفال قاعدة أكبر وأكثر ثباتاً من الوقوف وتساعدهم في خلع المعطف دون أن يفقدوا توازنهم.

(ب) قضيب الحائط في الحمام يعطي الطفل نقطة ارتكاز عند خلع المعطف .



(أ) شبيهة بالتصميم الطبيعي للأحذية (الحذاء بالرباط) .

(ب) صندل يبين الارتفاع لمنع أصابع الرجل من أن تتخذ شكل المخلب وهو مفيد خاصة للطفل المصاب بالشلل النصفي، نعل المنصة قد يكون مفيداً أيضاً في مثل هذه الحالات.

(ج) و (د) أحذية لها سحاب جانبي مما يسهل على الطفل إدخال وإخراج رجليه.